# TERAPIE INTEGRATIVĂ

## 100 DE PUNCTE CHEIE ȘI TEHNICI

Terapia Integrativă este o abordare unificatoare, care aduce laolaltă sistemul psihologic, afectiv, cognitiv, contextual și comportamental, creând astfel un cadru de lucru relațional multi-dimensional, care poate fi re-creat din nou pentru fiecare caz individual.

*Terapia Integrativă: 100 de Puncte Cheie și Tehnici*, oferă un ghid concis și accesibil care le permite profesioniștilor și studenților să privească dincolo de abordările specifice, pentru a se putea inspira din ideile și tehnicile care le pot fi de cel mai mare ajutor clienților.

Împărțite pe secțiuni ajutătoare, zonele de discuție includ:

*cazul unei abordări integrative a terapiei

*aspectul central al relației și dimensiunile auto-dezvoltării

*procesul terapiei integrative

*tehnici și strategii.

Această carte va fi o lectură esențială pentru toți psihoterapeuții și consilierii, atât practicanți cât și în formare, care doresc să-și lărgească perspectivele și să învețe mai mult despre o abordare integrativă.

**Maria Gilbert** este în prezent Director Asociat al Departamentului Integrativ la Institutul Metanoia din Londra. Ea este Conducătorul de Program al Masteratului în Științe și al Masteratului în Artă și Masteratului în Științe pentru Coaching în Psihologie la Institutul Metanoia.

**Vanja Orlans** este Conducător de Program al Doctoratului în Consiliere în Psihologie și Psihoterapie prin Studii Profesionale (DCPsych), un program comun al Institutului Metanoia și al Universității Middlesex. Ea este de asemenea Director Asociat al Departamentului Integrativ la Institutul Metanoia.

**Cuprins**

**Partea 7 TEHNICI ȘI STRATEGII PENTRU PSIHOTERAPEUTUL INTEGRATIV**



**Partea 8 ETICA ȘI PRACTICA PROFESIONALĂ**

## Mulțumiri

Atât de mulți oameni au contribuit profund de-a lungul multor ani la dezvoltarea noastră personală și profesională, și într-adevăr continuă să o facă. Mulțumirile noastre speciale se duc către familiile noastre, prieteni apropiați și colegi, studenți și supervizați, și, mai presus de toți, către clienții noștri, care s-au angajat alături de noi în explorarea unei căi mai bune de a exista în lume.

## Partea 1

# CAZUL UNEI ABORDĂRI INTEGRATIVE A PSIHOTERAPIEI

## 1 Contextul profesional prezent

Scriem această carte în vremuri interesante în contextul profesiilor terapeutice ca întreg. Reglarea statutară este în prezent în elaborare, începând în 2009 pentru psihologi și cu reglări în pronunțare pentru psihoterapeuți, în prezent acestea aflându-se în mijlocul unei dezbateri încinse. Departamentul Sănătății din Marea Britanie a favorizat ca extensia Consiliului său pentru Profesiunile din Sănătate (HPC) să fie corpul statutar pentru reglarea profesiunilor de asistență și, de asemenea, sprijină dezvoltarea Standardelor Profesionale Naționale (NOS) și identificarea competențelor pentru diferitele modalități terapeutice. În prezent aceste modalități includ terapia cognitiv comportamentală (CBT), terapia sistemică și de familie, terapia psihodinamică și psihanalitică și terapia umanistă. Standardele Profesionale Naționale identificate pentru fiecare dintre aceste modalități au fost până acum testate pe teren, pentru a li se stabili aplicabilitatea.

O altă categorie, numită ”modalitate transversală NOS (Standarde Profesionale Naționale)” a fost propusă pentru a aduce laolaltă unele dintre competențele cheie, așa cum au fost evidențiate în contextul cercetării asupra modalităților specifice (Competențe pentru Sănătate, 2008). În timp ce valorizăm ideea de transparență și precizie în munca noastră, opinia noastră este că a face o psihoterapie de succes merge dincolo de orice simplă folosire a unui set de competențe. În această carte, interesul nostru constă în articularea unui focus asupra ”modalitătății transversale” bazat pe o abordare reflexivă a muncii terapeutice, și în promovarea unei forme de psihoterapie care

va fi întotdeauna influenţată contextual de către persoana terapeutului, de persoana clientului, şi de cadrul social mai larg în care sunt prezentate problemele. De asemenea, evidenţiem natura bazată pe proces a acestei activităţi şi tindem să articulăm felul în care de desfăşoară în practică.

Dezvoltări recente pe frontul politic includ şi publicarea *Raportului despre Depresie* (Layard et al., 2007), care evidenţiază implicaţiile economice ale depresiei şi susţine că situaţia poate fi ameliorată prin implementarea de intervenţii terapeutice scurte, cognitiv-comportamentale, favorizând în acest fel o modalitate particulară în defavoarea celorlaltora. În timp ce acţiunile terapeutice scurte de acest fel formează o parte a cadrului nostru de referinţă, noi nu sprijinim poziţia mai degrabă reducţionistă de a promova doar o formă de acţiune terapeutică pentru orice problemă care este prezentată, şi nu suntem singure în susţinerea acestei opinii. Darien Leader, de exemplu, prezintă o analiză argumentată convingător a acestor dezvoltări, ca fiind reprezentative pentru căutarea unui ”leac rapid pentru suflet”, incluzând o accentuare a opiniei asupra psihicului uman care este motivată de piaţă (Leader, 2008). Craig Newnes este de asemenea sceptic asupra declaraţiilor din acest raport, cu focusul său pe a-i trimite pe oameni înapoi la muncă. El declară:

> În Raportul despre Depresie nu este vorba ca oamenii să se simtă mai bine, să meargă mai departe, să se auto-actualizeze, și așa mai departe. Este vorba despre declarația că oamenii trebuie trimiși înapoi la muncă, oprindu-li-se beneficiile de sănătate. Cineva care are crize de nebunie care au potențialul de a-i schimba viața sau cu un simț înfricoșător de anomie, va fi împins într-o slujbă cu condiții de salarizare și de muncă pe care terapeutul le-a lăsat în urmă de mult. Terapeuții, în noua lume curajoasă a lui Layard, devin brațul burgheziei care deservește statul, într-o manieră mult mai explicită decât înainte. De fapt, ei sunt plătiți de către Stat să se asigure că oamenii rămân doar niște rotițe în mașinărie, decât să le ofere o voce colectivă în cadrul stării extreme a societății moderne.
>
> (Newnes, 2007:227)

Putem întrezări în aceste dezbateri problemele existenţiale grave întipărite în societatea noastră şi care sunt exprimate prin mecanismele economice şi legislative. Suntem de asemenea conştiente de efectele provocărilor economice şi de mediu care sunt confruntate la scară globală.

În aceste vremuri de schimbare politică şi socială există în multe aspecte o tendinţă de întoarcere către ”disciplină” şi de îndepărtare de proiectul integrativ, cel puţin aşa cum este exprimată prin dezvoltarea curentă a competenţelor de modalitate specifică şi identificarea standardelor profesionale naţionale. În acelaşi timp observăm în cadrul diferitelor literaturi, cât şi în practică, o mişcare către o poziţie mai integrată în diferitele ”şcoli” de psihoterapie. Acest lucru este menţionat de Colin Feltham, care se referă la practicieni ”care raportează practica în manieră integrativă bazată pe experienţa profesională, pe înţelepciunea clinică şi răspunsuri la nevoile clienţilor, în cadre de practică diverse şi aglomerate” (Feltham, 2007:17).

Se pare că există o recunoaştere tot mai mare a faptului că fiinţele umane sunt complexe, cu aspecte pe multe nivele ale experienţei lor şi ale interacţiunilor sociale. Există de asemenea o recunoaştere a nevoilor relaţionale ale individului şi a limitărilor pe care psihologia în care este tratată o singură persoană le are în ajungerea la o înţelegere a dificultăţilor psihologice, cât şi o recunoaştere a varietăţii modurilor în care putem gândi despre şi face faţă necazurilor care se ivesc (de ex. Greenberg şi Mitchell, 1983; Yelland şi Midence, 2007; Willock, 2007). Figuri cheie, precum Martin Seligman, au lansat un critică bine cântărită asupra reducţionismului, argumentând în favoarea unei abordări a psihoterapiei mai largă şi mai bazată pe fenomenologie (Seligman, 1995).

Dacă aruncăm o privire în urmă, de-a lungul istoriei psihoterapiei, putem vedea că, de o bună bucată de vreme, datând din perioada lui Freud și a contemporanilor săi, a existat un interes viu pentru integrare. De exemplu Ferenczi, într-o lucrare scrisă în 1933, atrage atenția asupra limitării scolasticii într-o trecere în revistă a abordărilor clinice în psihanaliză ale traumei relaționale timpurii. El subliniază nevoia de revizuire a tehnicii și de a lăsa pacientul să conducă. El se referă la ”pacienți care m-au învățat că suntem mai dispuși să aderăm cu rigiditate la anumite constructe teoretice și să lăsăm deoparte, neobservate, realități care ne-ar putea răni vanitatea și

autoritatea” (Ferenczi, 1994:160). Astfel de reflecții indică mai degrabă natura politică a construcției separate a modalităților, decât considerație pentru ceea ce ar putea fi mai bine pentru pacient. Atunci când aruncăm o privire asupra diferitelor tradiții reflectate în istoria psihoterapiei, putem observa că există multă împletire între ele; de exemplu, atât Albert Ellis cât și Aaron Beck, care au fost fondatorii originali ai mișcării terapeutice cognitiv comportamentale, au avut o pregătire în psihanaliză, așa cum a avut și Fritz Perls, care a dezvoltat psihoterapia gestalt în cadrul tradiției umaniste (Orlans and Van Scoyoc, 2009).

## 2 Filosofia, valorile și etica, care sprijină un cadru integrativ pentru practică

Psihoterapia integrativă își are rădăcinile într-o sumă de tradiții diferite care s-au adunat laolaltă în secolele nouăsprezece și douăzeci, dar care au la temelie idei filosofice mult mai timpurii. În această mișcare putem vedea originile provocării umaniste la adresa psihologiei pozitiviste, provocare ce a fost sprijinită de evoluțiile filosofice care au avut loc prin intermediul lui Kant, Hegel și a scriitorilor din secolul nouăsprezece, în cadrul tradițiilor fenomenologică și existențialistă. Kant (1724 – 1804), în particular, a atras atenția asupra relației dintre percepția unui obiect și obiectul în sine, susținând că însuși obiectul nu poate fi cunoscut și că, așadar, cunoașterea rezidă doar în obiect așa cum ni s-a prezentat nouă, fenomenul. Aceste idei plasează un focus aparte asupra naturii realității percepute și, important pentru psihoterapie, asupra naturii și rolului celui care percepe. De la un asemenea punct de plecare, devine imposibilă declararea drept adevăr ”potențial” a oricărei perspective teoretice în cadrul terapiilor psihologice. Aceste idei umaniste timpurii au pavat drumul mai departe pentru o gândire care a avut o relevanță directă pentru practica psihoterapiei și care este subliniată prin evoluțiile din tradiția fenomenologică. O importanță deosebită pentru practica și gândirea de mai târziu în câmpul psihoterapiei a avut-o noțiunea de co-creare între observator și observat, idee care stă la baza poziției fenomenologice și care formează baza poziției noastre integrative asupra co-creării tuturor relațiilor, și a naturii inseparabile a figurii și fundalului.

Psihoterapia integrativă, ca o cale de formare a specialiștilor în cadrul tradiției umaniste, își asumă ca punct de plecare fundamental poziția filosofică conform căreia nu poate fi doar un singur adevăr. Luarea în serios a acestui punct de plecare necesită dezvoltarea unei capacități de a lucra la un meta-nivel, de a susține un interes în conținerea ambiguităților și a unor puncte de plecare diferite, de a avea dispoziția și abilitatea de a articula punctele de plecare fundamentale filosofice ale diferitelor conceptualizări terapeutice, și de a avea dedicarea de a găsi o cale transparentă prin toate acestea și care crează în sine o formă coerentă. În acest demers noi nu sprijinim ecclectismul inconștient și tehnica fragmentată asociată. Nu favorizăm ”opinia” în detrimentul strategiilor fundamentate pe cercetare. Ceea ce noi accentuăm este nevoia continuă de discernământ clinic și de interacțiunea terapeut / client pentru înțelegerea și managementul problemelor prezentate – terapeutul are nevoie să lucreze dintr-o poziție filosofică reflexivă și teoretică coerent organizată într-un cadru de lucru relațional, influențat de o abordare umanistă. Această atitudine implică un angajament de a colabora cu clientul pentru nevoile clientului, posibilitățile

de tratament și acordul asupra rezultatelor, precum și o analiză riguroasă a propriei poziții a terapeutului, conștientă și inconștientă. O asemenea perspectivă asupra demersului terapeutic necesită o analiză critică constantă, compararea atentă a ideilor și teoriilor emergente, și traducerea acestui proces într-un set coerent de abilități clinice și procese asociate. Angajamentul față de o asemenea meta-perspectivă este pretențios în egală măsură pentru formatori și pentru studenți, cât și pentru practicienii maturi. Oricum, o astfel de meta-perspectivă asigură evaluarea constantă a teoriilor și practicilor emergente, un angajament efectiv la ”integritate” în cadrul profesional în dezvoltare, cât și o evaluare critică continuă a descoperirilor cercetării, care stă ca mărturie pentru potențialele oportunități și pentru excelența serviciului furnizat.

## 3 Critici ale integrării

În timp ce scopul nostru este să sprijinim dezvoltarea unui cadru de lucru integrativ pentru practică, suntem de asemenea preocupate să considerăm diferitele critici care țintesc abordarea integrativă a psihoterapiei. Mai jos sunt unele dintre temele cheie emergente:

1 Integrarea poate fi privită ca fiind superficială și ca lucrând doar la suprafață, fără să ajungă la nici o profunzime a conceptualizării sau o profunzime a tratamentului, ca rezultat al superficialității sale.

2 Integrarea încearcă să fie ”totul pentru toți oamenii” și nu este cu adevărat eficientă cu nimeni, din pricina capacității sale de diagnostic căruia îi lipsește profunzimea.

3 Integrarea manifestă grandiozitate în declarațiile sale că poate ajuta pe oricine în orice problemă; cu alte cuvinte, că ar avea o întindere care îi permite să ajungă la oricine care are probleme.

4 Psihoterapeuților integrativi le lipsește cunoașterea în profunzime a procesului psihoterapeutic, care vine în urma adâncirii într-o abordare de ”formă pură”; ei riscă să se piardă în prea multe opțiuni și le lipsește claritatea care vine dintr-un singur focus.

Credem că există un sâmbure de adevăr în toate aceste critici și care se poate aplica în anumite cazuri, cu anumiți clinicieni, și în formări, unde poate exista o împământenire insuficientă în principiile psihoterapeutice de bază. Este important ca o formare să fie riguroasă și să acopere conceptele în profunzime, cât și să ofere o însușire fermă a aplicării tehnicilor și spațiu pentru considerarea tensiunilor și conflictelor între diferitele abordări. Mai presus de orice, este vital ca toți terapeuții, în egală măsură și terapeuții integrativi, să-și cunoască limitele propriei competențe la fiecare stadiu de dezvoltare și să nu facă declarații care sunt ne-realiste și grandioase. Știm că într-o formare în cadrul căreia este predată de la bun început integrarea, studenții trebuie să se confrunte cu provocarea că nu există răspunsuri ”adevărate” sau ”fixe” la întrebări sau la modalitățile de intervenție cu clienții. Ei sunt provocați să conceptualizeze la un meta-nivel încă de la început și să evalueze diferitele opțiuni de intervenție, de vreme ce nu există o ”modalitate dată” pentru a interveni și nici manual la care să te întorci să te documentezi. Acesta este un proces provocator și necesită dezvoltarea unei funcții reflective sofisticate.

Există două domenii de provocare descrise în literatura despre integrare, pe care vrem să le sprijinim (Eubanks – Carter et al., 2005). Credem că este nevoie de o mai mare atenție la factorii comuni și la principiile procesului de schimbare în practică, teorie și cercetare. Vedem de asemenea că este o nevoie de a face o punte între practică și cercetare, pentru a face cercetarea mai folositoare pentru clinicienii practicieni, prin adresarea întrebărilor care au relevanță pentru practica clinică. Oricum, vrem de asemenea să subliniem dezvoltarea sinelui reflexiv al celui aflat în formare și efectele dezvoltării progresive a funcției de reflecție a terapeutului creat în cadrul de formare, efectele implicării în lucrul terapeutic cu clienții, cu sprijinul unor supervizori competenți, și dezvoltarea sensibilității și a insight-ului adus de experiența semnificativă a psihoterapiei personale.

## 4 Competențe pentru o psihoterapie integrativă

Subliniem aici cât de important este ca psihoterapeutul să aibă o cunoaștere bună a conceptelor cheie din cadrul câmpului psihoterapeutic, influențat de literatură relevantă și studii de cercetare asociate. De asemenea, este importantă experiența în dezvoltare care se câștigă de pe urma contactului cu clienții, reflecțiile care sunt garantate de acest contact și legăturile făcute cu experiența terapeutică și reflecțiile personale în supervizare. Trecând în revistă literatura clinică, cercetările relevante și informațiile care decurg din identificarea competențelor relevante, precum și sub influența experienței personale de formatori de psihoterapeuți, subliniem un număr de competențe cheie pe care trebuie să le aibă un psihoterapeut integrativ și care pot forma o bază folositoare pentru gândire și practică. În sumar, așteptăm ca un psihoterapeut integrativ calificat și cu experiență să manifeste următoarele:

- o abilitate de a conduce evaluări psihologice potrivite, bazate pe bune abilități interpersonale și auto-disciplină, o cunoaștere largă a domeniului sănătății mentale și o înțelegere a conceptului de `datorie de a îngriji`
- o abilitate de a menține granițe potrivite și de a fi clar în privința limitelor confidențialității
- o abilitate de a iniția, dezvolta și menține o alianță terapeutică eficientă
- demonstrarea unei înțelegeri a psihopatologiei și a sistemelor de diagnoză
- o conceptualizare clară a planului de tratament, a scopurilor și a proceselor de schimbare relevante în contextul dezvoltării întregii vieți și a teoriilor asociate
- demonstrarea unei abilități de a încheia un angajament cu clientul în privința scopurilor terapiei, a activităților și a rezultatelor
- înțelegerea dinamicii relației la niveluri multiple ale schimbului, pentru a include evaluarea și managementul dinamicilor puterii
- demonstrarea cunoașterii teoriilor dezvoltării de-a lungul întregii vieți

- capacitatea de a integra într-un mod coerent teorii și competențe din mai multe tradiții ale terapiilor psihologice, și de a aprecia perspective multidisciplinare
- capacitatea de a participa în comunicări explicite și implicite și o abilitate de a lucra cu acestea
- înțelegerea modului în care creativitatea și arta pot fi utilizate în procesul terapeutic, fie într-o manieră întruchipată sau prin folosirea limbajului și a metaforei
- sensibilitate la acordare/ne-acordare și abilitatea de a lucra cu acestea
- abilitatea de a lucra cu o înțelegere a sinelui în aspectele sale multiple
- înțelegere a naturii co-create a schimbului terapeutic
- folosirea eficientă și creativă a sinelui terapeutului
- abilitatea de a răspunde cerințelor complexe așa cum sunt solicitate
- o capacitate de a aborda factorii psihologici, culturali și contextuali ca fiind potriviți, și de a lucra cu probleme legate de diferențe și cu dinamicile de putere asociate într-o manieră non-discriminatoare
- o capacitate de a lucra spre auto-înțelegerea clientului și de a-i spori acestuia conștientizarea în legătură cu opțiunile pentru schimbare
- abilitatea de a reflecta asupra gradului de adecvare a intervențiilor în acord cu stadiul tratamentului, a conținutului clinic și asupra feedback-ului clientului
- angajare în evaluarea riscului și atenție adecvată acordată siguranței
- o capacitate de adresare a problemelor etice și profesionale și o abilitate de a lucra cu acestea
- folosirea sprijinului profesional adecvat în vederea dezvoltării continue a gândirii și a practicii
- abilitatea de a monitoriza și de a evalua practica terapeutică în perspectiva evaluării calității și a îmbunătățirii furnizării serviciilor
- o capacitate de a manageria încheierile în procesul terapeutic

Aceste competențe reflectă ă cunoaștere extinsă provenită din certetare și experiență clinică, alături de un set de abilități generice care sunt cerute de la un practician competent, indiferent de orientarea sa teoretică particulară.

## 5 Cadrul nostru de lucru pentru o psihoterapie integrativă

În abordarea noastră un loc central este ocupat de un accent cheie pe calitatea vindecătoare a unei bune relaţii terapeutice, sprijinită de cercetare asupra rezultatelor (ex. Wampold, 2001) și în legătură cu importanţa crucială a adresării apropiate a factorilor pacientului, cum ar fi punctele forte ale pacientului şi preferinţele sale (ex. Hubble et al., 1999). O astfel de acordare empatică este scoasă în evidență ca fiind de o importanță crucială în cadrul tuturor modalităților diferite din psihoterapii. De-a lungul multor ani am dezvoltat un cadru de lucru pentru integrare bazat pe o perspectivă relațională. Acest cadru de lucru caută înțelegerea relației sinelui cu sinele (perspectiva intrapsihică și bazată pe corp), a relației sinelui cu altul atât la nivelul explicit cât și la cel implicit al schimbului (cadrul interpersonal/intersubiectiv), a relației sinelui cu contextul, atât din punct de vedere istoric cât și în prezent (domeniul psihosocial, cultural și politic), și a sinelui ca entitate spirituală (domeniul transpersonal). Conceptualizarea noastră contextuală este influențată atât de ideile teoretice ale câmpului ale lui Kurt Lewin (Lewin, 1997), cât și de conceptualizarea postmodernistă, care subliniază imposibilitatea excluderii contextului din orice analiză (ex. Bayer și Shotter, 1998). În sumar, privim o psihoterapie integrativă ca fiind una care implică atenție acordată acordării empatice și schimbului asociat, recunoașterea naturii co-create a relației, înțelegerea schimbului relațional implicit și importanța contextualizării interacțiunilor umane.

O astfel de perspectivă asupra demersului terapeutic necesită o analiză critică constantă, compararea atentă a ideilor și teoriilor emergente, și traducerea acestui proces într-un set coerent de abilități clinice. Atât planificarea tratamentului cât și a intervențiilor au nevoie să fie conținute într-un cadru de lucru pentru practică coerent, cât și să fie dezvoltate în spiritul colaborării, în spațiul relațional dintre terapeut și pacient, cu o manifestare a sensibilității la diferențele individuale. Angajamentul față de o asemenea meta-perspectivă este solicitant în egală măsură pentru studenți și pentru formatori, cât și pentru practicienii maturi. Oricum, o asemenea meta-perspectivă asigură evaluarea constantă a teoriilor și practicilor emergente, literalmente o angajare pentru ”integritate” în cadrul profesional în dezvoltare, precum și o evaluare critică continuă a descoperirilor cercetării, care sunt relevante pentru potențialul de adecvare și excelența furnizării serviciilor.

Practica psihoterapiei integrative implică folosirea chibzuită și intenționată a unei relații etice, înrădăcinată într-o alianță terapeutică, în serviciul țelurilor clientului. Acest lucru este valabil fie în cazul în care ”clientul este un individ, fie o organizație. Dat fiind aspectul central al folosirii intenționate a relației și al sinelui psihoterapeutului, ca o contribuție la rezultate de succes, punem un accent special pe practica auto-reflexivă, pe

înțelegerea de sine, pe întâlnirea interpersonală și pe sensibilitate la acordare, acordare greșită și reparație, în menținerea unei alianțe terapeutice eficiente. Prin co-crearea și menținerea unei alianțe de lucru formulată clar și securizantă, în egală măsură atât practicianului cât și clientului li se permite să se focuseze pe probleme complexe intrapsihice, interpersonale și contextuale în cadrul cărora se desfășoară munca lor. În timp ce urmărim să ne educăm studenții într-o arie de abordări care acoperă cele trei mari tradiții principale ale terapiei psihologice, accentul nostru este pus pe sprijinirea integrării fundamentale în termenii propriei practici a studentului. În termenii unei schițe adecvate a curriculum-ului formării, și într-adevăr, ai ideilor prezentate în această carte, suntem conștiente de o anumită selectivitate care caută să aducă la suprafață anumite probleme cheie care sunt de cea mai mare relevanță pentru clinicieni. Oricum, intenția noastră nu este ca acestea să reprezinte un cadru rigid, și nici să sugerăm că propunem încă o ”modalitate”; stabilim ceea ce noi considerăm a fi unele idei și principii cheie și invităm cititorul să-și aprofundeze punctele proprii de interes atunci când consideră că este momentul potrivit pentru el.

Probabil că se merită ca în acest punct să declarăm explicit că nu sprijinim o abordare ecclectică - ”puțin din asta și puțin din aia”- a muncii clinice și formulările asociate. În timp ce acum există o mare cantitate de literatură despre abordările integrative ale muncii clinice, și nouă ni se pare că orientări teoretice și practice diferite se apropie tot mai mult una de alta, recunoaștem în același timp faptul că fiecare practician va avea nevoie să-și dezvolte propria filozofie și propriile elemente particulare de practică, relevante pentru propriul lor cadru și grup de clienți. Aceasta este în concordanță cu filosofia noastră, care caută să accentueze reflecția bazată fenomenologic și integritatea atât în munca clinică cât și în demersurile de cercetare. Cu toate că suntem dedicate unui mod de lucru integrativ atunci când este vorba de munca cu clienții, nu putem dicta o singură cale de a face aceasta, pentru că ar fi împotriva filosofiei noastre.

## Partea 2

## O TRECERE ÎN REVISTĂ A LITERATURII DESPRE INTEGRARE

## 6 Istoria integrării

Dezvoltarea a trei curente principale de gândire în psihologie, la început într-o relativă izolare și opoziție unul față de altul, mai apoi cu o construire progresivă de punți peste aceste tradiții, marchează începuturile mișcării integrative. Căutarea integrării a rezultat în parte din limitele percepute în cele trei școli sau tradiții principale în terapia psihologică. Psihanaliza a fost criticată pentru ceea ce unii au perceput ca fiind o durată excesiv de îndelungată a tratamentului și pentru lipsa de focus pe schimbări comportamentale specifice. Criticii au sugerat că deși pacienții pot câștiga multe insight-uri despre ei înșiși în procesul analizei, vor repeta încontinuare vechile tipare distructive de comportament. Terapia comportamentală, în timp ce se concentrează asupra schimbărilor de comportament specifice dorite, a fost acuzată de acumularea rezoluțiilor simptomului, fără a se adresa problemelor profunde de structură a personalității care se află la bază. Acest lucru poate adesea duce la ceea ce a fost numit ”substituirea simptomului”, pentru că persoana substituie un simptom cu un altul, lăsând conflictul de bază neatins. Terapiile umaniste, cu accentul lor pus pe potențialul de maturizare, pe funcționarea optimă și pe auto-actualizare, au fost acuzate că sunt exagerat de optimiste și că minimalizează partea de umbră a experienței, acordând o mică importanță realităților existențiale ale existenței umane și potențialului răului în ființele umane. Concentrarea asupra integrării a evoluat în parte ca răspuns la aceste limite percepute și din nevoia clinicienilor de a găsi cele mai eficiente căi de a-i ajuta pe oameni.

Pentru o trecere în revistă recentă a istoriei integrării, vom recomanda cititorului Goldfried et al. (2005). Goldfried (1995a) a indicat că apropierea dintre comportamentalism și psihanaliză are o istorie îndelungată, începând din 1932, când French a pus o întrebare provocatoare la cea de-a 88-a întâlnire a Asociației Psihiatrice Americane, și anume dacă conceptul psihanalitic de reprimare era cumva similar cu conceptul comportamental de extinție. Într-o lucrare fascinantă, French enumeră asemănările și indică faptul că, în munca lui Pavlov, un reflex condiționat care a fost stins experimental nu este distrus permanent, tot așa cum în psihanaliză există ”profunzimi variate ale represiei” (French, 1933: 1169). Lucrarea lui French a marcat un moment istoric important pentru integraționiști, promovând idea că este posibil să ne uităm la procese similare din perspective diferite, o abordare a integrării care a continuat încercarea de a găsi un limbaj comun pentru ca psihoterapia să faciliteze un dialog de-a lungul orientărilor (Goldfried, 1987).

În 1936 Rozenweig s-a concentrat pe trei factori comuni orientărilor, care facilitează schimbarea, indiferent de orientare: personalitatea terapeutului în realizarea schimbării; interpretările, care îi oferă clientului o perspectivă alternativă asupra situației; și că schimbarea într-un domeniu poate avea urmări în altul – diferite orientări se pot concentra pe domenii diferite și totuși pot facilita schimbarea. Acest focus asupra factorilor comuni a rămas o trăsătură centrală a mișcării integrative. Cartea clasică scrisă de Dollard și Miller (1950), *Personalitate și Psihoterapie*, în care acești autori încearcă să construiască o punte între psihanaliză și comportamentalism, marchează un alt jalon în mișcarea integrativă. În esență, eforturile lor pentru integrare pot fi privite ca o încercare de a împăca căile contrastante de a privi anumite procese psihologice ca regresia, anxietatea și reprimarea, pentru a obține un model complementar al proceselor fundamentale. Aceste eforturi timpurii au fost urmate în anii 1960 și 1970 de alte încercări de a analiza punctele comune ale terapiilor, cum ar fi cele făcute de Frank și Frank (1961), care au enumerat ”factorii vindecători” comuni în terapie precum așteptările și speranța clientului de a fi ajutat, și tendința din psihoterapie de a corecta concepțiile greșite pe care oamenii le au despre ei înșiși și despre alții. În mod progresiv, adepți ai unor școli diferite de psihoterapie au devenit deschiși la alte abordări, acest lucru fiind exemplificat de perspectiva lui Wachtel (1977), cum că psihanaliza și terapia comportamentală se pot complementa reciproc, în interesul clientului.

Mișcarea integrativă a prins putere progresiv; atât de multă putere încât chiar și Roth și Fonagy (2005), în trecerea în revistă critică asupra rezultatelor cercetării în psihoterapie, care promovează tratamente particulare pentru probleme particulare, au făcut următoarea declarație în favoarea integrării, deși ei nu promovează integrarea în climatul curent: ”În cele din urmă, orientările teoretice vor trebui să fie integrate, de vreme ce sunt toate modele aproximative ale aceluiași fenomen: mintea în stare de tulburare” (p. 14). În același timp, acești autori accentuează importanța coeziunii între ceea ce ei numesc ”tehnici împrumutate” (p. 15).

Cercetări curente în dezvoltarea copilului și neurobiologie oferă dovezi puternice care indică aspectul central al factorilor relaționali de bază care susțin procesul de schimbare în psihoterapie și în viața de zi cu zi. Schore (2003 b) consideră că psihoterapia eficientă facilitează schimbări în emisfera dreaptă în procesele primitive inconștiente implicite și promovează re-apariția structurilor de reglare mai complexe. El propune ”un model al reglării afective interactive a emisferei cerebrale drepte, ca proces fundamental atât al dezvoltării psihologice cât și al tratamentului psihoterapeutic” (Schore, 2003b: 279). Acest model sprijină o abordare integrativă, de vreme ce nu este în mod necesar dependent de nici o orientare specifică în psihoterapie.

## 7 Definiții ale integrării

*Prima noastră definiție* se referă la o perspectivă holistică asupra persoanei, perspectivă care privește persoana ca pe un tot integrat: afectiv, cognitiv, comportamental, fizic și spiritual (Lapworth et al., 2001). O astfel de perspectivă holistică se poate de asemenea concentra pe sinele în dezvoltare ca principiu integrativ central, cu o elaborare a diferitelor dimensiuni ale sinelui (Stern, 2003; Evans și Gilbert, 2005). În acest sens, integrarea țintește către a ajuta persoana să adreseze blocajele în calea conștientizării, fie că acestea sunt rezultate ale reprimării, disocierii, experienței inconștiente neformulate sau a multor altor forme mai conștiente de negare, astfel încât persoana să poată deveni ”întreagă” și să-și asume conducerea propriei vieți. O *a doua definiție* se referă la integrarea teoriilor și/sau a conceptelor și/sau a tehnicilor provenind din diferite abordări ale psihoterapiei. Aceasta este în esență o integrare la nivel de teorii și tehnici și implică punerea laolaltă a unui model de integrare din diferite orientări din domeniu. O să discutăm mai în detaliu, mai târziu în această secțiune, unele variații diferite ale integrării care sunt folosite în mod curent. Oricum, considerăm că integrarea în acest mod, la nivelul teoriei și tehnicilor, este un proces esențial în dezvoltarea psihoterapeutului integrativ.

*A treia definiție* a integrării pe care o considerăm vitală în dezvoltarea psihoterapeutului integrativ este integrarea laturii personale cu cea profesională. În cursul studiului și dezvoltării propriei practici integrative, psihoterapeutul integrativ este confruntat cu provocări personale și profesionale care au nevoie să fie rezolvate, pentru ca persoana să se poată simți comfortabilă cu cine este în lume. În esență, o modalitate de gândire în legătură cu acest proces este aceea că există o provocare continuă pentru psihoterapeutul în dezvoltare, de a integra și de a menține în conștientizare polaritățile ”sinelui fals” și ”sinelui adevărat” (Winnicott, 1950s, în Winnicott et al., 1989a), astfel încât să nu existe ”un simț disociat al sinelui” în persoana care se află în fața clientului. Aceasta integrare necesită ca persoana să fie conștientă de propria umbră (Jung, 1968), astfel încât să nu o proiecteze asupra clientului, în afara conștientizării. Odată ce această integrare personală are loc, este mult mai posibil ca terapeutul în dezvoltare să fie capabil să răspundă într-o manieră ajutătoare și plină de contact, în aici și acum, clienților, colegilor și apropiaților.

*A patra definiție* se referă la integrarea cercetării și a practicii. Deoarece noi privim clinicianul ca pe un cercetător continuu al propriei practici, încurajăm ”o setare mentală de cercetare” la practicieni, pe măsură ce aceştia își dezvoltă stilul lor personal. Acesta este un proces cu două sensuri: terapeutul studiază cercetările curente și integrează descoperirile lor în practica sa clinică; în același timp el își ”observă” propria practică, în particular în termenii acelor factori care facilitează procesul schimbării, și introduce aceste observații înapoi în modelul său de practică și în propriile demersuri de cercetare. Această concentrare pe dezvoltarea și rafinarea practicii reflective are un aspect central în filosofia noastră de formare.

# 8 Integrarea teoretică: modele meta-teoretice

Integrarea teoretică, așa cum este înțeleasă în general, implică combinarea a două sau mai multe modele de psihoterapie într-un model nou și mai eficient. Așa numitele modele meta-teoretice urmăresc să ofere o teorie a teoriilor, un model cuprinzător care să cuprindă multe abordări psihoterapeutice. În ciuda provocărilor inerente în această misiune, s-au făcut încercări de apropiere la acest nivel meta-teoretic și deja există câteva astfel de modele. Printre altele, unele dintre acestea sunt: modelul lui Wilber (1996), care urmărește procesul dezvoltării psihospirituale de-a lungul ciclului vieții; modelul cinci-relații al lui Clarkson (1990), care unește cele trei tradiții majore ale psihoterapiei și oferă un cadru de lucru relațional cuprinzător; modelul șapte-nivele propus de Clarkson și Lapworth (1992), care analizează șapte nivele de experiență care țintesc influențarea opțiunilor clinice în psihoterapie; și modelul de dezvoltare relațional al lui Evans și Gilbert (2005), care include o privire de ansamblu a diferitelor dimensiuni ale sinelui în proces. Aceste modele au în comun aspirația de a crea o teorie a teoriilor – un meta model care cuprinde diferitele abordări psihoterapeutice, în încercarea de a integra sau conține o multitudine de aparente contradicții printre teorii rivale. Ceea ce diferențiază aceste meta-modele de abordările ecclectice este aspirația lor către o coerență teoretică și către dezvoltarea unui cadru de lucru îndeajuns de flexibil pentru a se potrivi nevoilor diferiților clienți și diferitelor contexte.

## 9 Sprijin pentru integrare din partea cercetării pe tema rezultatelor

De mai bine de 75 de ani s-au condus cercetări asupra eficienței psihoterapiei. Descoperirile inițiale din primii ani au sugerat că psihoterapia este eficientă, și că ”factorii comuni” sunt mai importanți în procesul de schimbare decât tehnici sau strategii specifice oricărei orientări. Nu mai târziu de 1936, Rosenzweig vorbea pentru prima oară despre ”factorii comuni impliciți” care traversează diferite metode psihoterapeutice, și pe care el i-a enumerat ca fiind: personalitatea terapeutului, a oferi clienților o perspectivă alternativă asupra lucrurilor, și accentul pe faptul că, deși orientările pot avea focusuri diferite, toate obțin schimbarea pe căile lor particulare. În 1975 Luborsky et al. au întreprins un studiu meta-analitic a mai bine de o sută de proiecte de cercetare care au fost conduse între 1949 și 1974, toate având ca țintă dovedirea faptului că o abordare anume era superioară alteia în tratamentul unor condiții specifice. După o analiză atentă, ei au descoperit că nu exista o diferență semnificativă de eficacitate între diverse terapii pentru condiții specifice; că oamenii care au trecut prin diferitele terapii care au fost supuse cercetării au părut cu toții că au suferit o îmbunătățire. Ei au ajuns la concluzia că ”putem ajunge la un ‘verdict de tip pasărea Dodo’ – este de obicei adevărat că toată lumea a câștigat și că toți trebuie să ia premii” (Luborsky et al., 1975:1003). Smith și Glass (1977) au confirmat ”verdictul de tip pasărea Dodo” într-un alt studiu meta-analitic, sugerând că, deși s-a scris și s-a cercetat mult în încercarea de a se dovedi rezultate diferite între abordări, evidența copleșitoare sugerează că toate tipurile de terapie, atunci când sunt folosite cu competență, pot fi privite ca fiind egal de eficiente. În ciuda acestor descoperiri, cercetătorii au continuat în demersul de a stabili diferența de eficacitate între terapii.

Provocarea unei alte treceri în revistă meta-analitice a rezultatelor studiilor de cercetare a fost preluată de Wampold et al. în 1997. Descoperirile lor au sprijinit concluziile de mai înainte: ”Întru totul, descoperirile sunt în întregime consistente cu presupunerea referitoare la pasărea Dodo” (Wampold et al., 1997:210). Deși metodele de cercetare au devenit mult mai sofisticate în studiile întreprinse între 1975 și 2000, și despre care mulți credeau că vor indica diferențele de eficacitate, descoperirile au sprijinit încontinuare o ipoteză a factorilor comuni, care stă la baza celei mai mari părți a integrării. Wampold (2001) oferă sprijinul pentru un model contextual de psihoterapie care să fie sensibil la multitudinea de factori care afectează procesul la diferite nivele de complexitate. Mai recent, Stiles et al. (2008) au condus un studiu comparativ al terapiilor cognitiv-comportamentale, centrate pe persoană și psihodinamice în sistemul de sănătate din Marea Britanie, studiu care a demonstrat echivalența acestor tratamente în practica de rutină. Cercetătorii au fost foarte clari în ceea ce privește faptul că ei sprijină verdictul de tip pasărea Dodo, vechi de 70 de ani.

Bohart (2000) sugerează că rezistența la ‘verdictul de tip pasărea Dodo’ provine din amenințarea pe care acesta o aduce teoriilor specifice: ”Dacă nu ar fi fost atât de amenințător…ar fi fost acceptat de mult ca una din descoperirile majore ale psihologiei. Atunci ar fi fost folosit ca bază de dezvoltare și explorat, în loc să fie dezbătut încontinuu. Informațiile cer o schimbare în felul în care vedem terapia, dar câmpul continuă să rămână înțepenit în vechea paradigmă concentrată pe tehnici” (Bohart, 2000:129). În plus, rezistența la cercetarea factorilor comuni care sprijină procesul de schimbare poate rezulta din competitivitate și dintr-o defensivă a propriei poziții, sub aspectul că ”nu vrem să considerăm măcar meritul unor anumite noțiuni, dacă acestea vin de la aceia pe care noi nu-i considerăm a fi o parte a grupului nostru de referință” (Goldfried, 1980:996).

În mod curent, această provocare este adresată în mod foarte activ în cercetarea din două domenii înrudite: dezvoltarea copilului și neurobiologia relației și a atașamentului, ambele întruchipând principii puternice, relevante pentru procesul psihoterapiei. Acest accent pe aspectul relațional a ieșit la suprafață și în domeniul clinic și cuprinde abordări diferite. Allan Schore, care a raportat pe deplin aceste descoperiri, nu privește alianța terapeutică

ca pe o ”intervenție sau tehnică”, ci mai degrabă ca pe un vehicul pentru un mediu care facilitează maturizarea și care sprijină dezvoltarea unor noi structuri de reglare (Schore, 2003b). Pe măsură ce înaintăm în următoarea decadă, va fi interesant de văzut dacă această cercetare inovatoare este încorporată în domeniul general al psihoterapiei și dacă va servi ca o punte între abordări. Vrem doar să adăugăm în acest moment că focusul curent în domeniul mai larg al psihoterapiei, de-a lungul diverselor orientări, iese la suprafață ca un accent pus pe moduri relaționale de lucru, având ca focus aspectul central al relației terapeutice în procesul schimbării.

## 10 Factori comuni ca bază a integrării

Datând din anii 1930, când Rosenzweig a menționat importanța factorilor comuni ”impliciți” în psihoterapie, înțeleși ca factorii nerecunoscuți, adesea relaționali, care nu formau o parte a modelului oficial, a existat un interes crescând în factorii comuni care contribuie la schimbarea terapeutică eficientă. Hubble at al. (1999), vorbind despre factorii comuni, vorbește despre variabile mediate de relație, cum ar fi ”grija, empatia, căldura, acceptarea, afirmarea mutuală și încurajarea asumării riscului și stăpânirea” (p. 9). Cercetările curente în dezvoltarea copilului și neurobiologie sprijină această concentrare pe variabilele relaționale și în mod curent influențează semnificativ practica psihoterapiei. Critici ai abordării factorilor comuni a integrării sunt preocupați de posibila pierdere a bogăției conceptuale inerente în diferitele abordări și a varietății de tehnici întipărite în acestea, dacă încercăm să ”reducem” practica psihoterapiei la un numitor comun. Ei consideră de asemenea că un limbaj comun poate conduce spre o atenuare similară a bogăției și a sofisticării. Oricum, trebuie să amintim că în anii 1950, studiul lui Fiedler a demonstrat că adesea există asemănări mai mari între clinicieni experimentați din diferite orientări, decât între începători și clinicieni avansați din aceeași orientare. Norcross (2002) nu este singurul care recomandă o schimbare de focus în studiile de cercetare, către factori care nu pun accentul pe un set specific de tehnici sau probleme prezentate ale clienților specifice, subliniind modurile în care acest focus are potențialul de a conduce către ”terapeuți înstrăinați, efectuând proceduri asupra tulburărilor de pe Axa 1” (p.4). În schimb, Norcross susține un focus pe persoana terapeutului, pe relația terapeutică și pe caracteristicile pacientului, subliniind nevoia în unui accent mai mare în studiile de cercetare pe integrarea a ceea ce este cunoscut despre relația terapeutică, procesul de schimbare, cât și tehnici specifice. El subliniază de asemenea nevoia unui accent mai mare pe natura de colaborare și interactivă a procesului terapeutic.

# 11 Clientul ca cel mai important ”factor comun” al schimbării

Cea mai mare parte a cercetării asupra eficienței psihoterapiei s-a concentrat asupra a ceea ce terapeutul oferă clientului. Acesta este cazul chiar și în cercetările timpurii, asupra abordării centrate pe persoană, unde pregătirea terapeutului cu o sumă de ”condiții de bază” era considerată ca fiind centrală în facilitarea schimbării (Rogers, 1951). Tallman și Bohart (2005) provoacă ideea terapeutului ”erou”, care este centrală în multe cercetări și discuții clinice despre terapie, și o înlocuiesc cu idea de client ca ”erou” în procesul terapeutic. Ei sugerează că abilitatea clientului de auto-vindecare și capacitatea sa creativă de a folosi tot ceea ce este oferit este ceea ce conduce la o schimbare eficientă și că acesta este cel mai puternic factor comun în psihoterapie. Pentru a sprijini această abordare, Hubble et al. declară: ”Noi credem că verdictul Dodo se întâmplă deoarece capacitățile clientului de a folosi orice este oferit adesea depășesc orice diferențe care pot exista între tehnici și abordări” (1999:95). Ei sprijină o abordare a psihoterapiei influențată de rezultate - și un angajament mai degrabă în ”afacerea schimbării” care adresează acei factori care facilitează schimbarea pentru client, decât un focus pe ”afacerea terapiei” (miller et al., 2005:85). Terapeuții au nevoie să știe dacă relația terapeutică curentă constituie o ”măsură potrivită” (p. 85) pentru client, și dacă nu este, ei au nevoie să-și ajusteze poziția și să se acomodeze îndeajuns de devreme pentru a maximiza șansele de succes. ”Terapia facilitează aspectele vindecătoare ale vieții clientului, care au loc în mod natural. Terapeuții funcționează ca sisteme de sprijin și furnizori de resurse” (Hubble et al., 1999:91).

Miller et al. (2005) pledează în consecință pentru o abordare de o colaborare mai mare a a terapiei, în care perspectiva clientului asupra procesului este solicitată și luată în considerare. Perspectiva lor conduce către un respect central pentru teoria clientului asupra procesului de schimbare; respect pentru teoria informală a clientului despre problemă; și respect pentru credințele clientului despre credibilitatea abordării și a terapeutului. Proiectul lor, ”Inima și Sufletul Schimbării”, a rezultat în două scale de evaluare scurte care oferă feedback terapeutului și evaluează sistematic experiența clientului cu relația terapeutică de-a lungul cursului terapiei. Duncan et al. (2004) fac trimitere la procentajul atribuit clientului și factorilor extra-terapeutici în studiile de cercetare, citând în particular cele 4o de procente subliniate de Asay și Lambert (1999) și cele 87 de procente subliniate de Wampold (2001). Ei prezintă în mod foarte convingător pledoaria despre motivele pentru care avem nevoie să-i acordăm mai multă atenție clientului, sugerând să petrecem mai puțin timp dezbătând teorii, modele și tehnici. În perspectiva noastră, acest focus asupra clientului ca factorul comun – cheie conduce în mod natural la o perspectivă asupra psihoterapiei ca proces co-creat , care subliniază atât contribuțiile clientului cât și ale terapeutului, cât și o sensibilitate la contextul în care are loc terapia.

Într-o publicație recentă despre descoperirile cercetărilor în domeniul consilierii și psihoterapiei, Mick Cooper declară: ”Având în vedere bogăția de dovezi care indică faptul că factorii relaționali, cei legați de terapeut și în particular cei legați de client sunt cu toții puternic determinanți pentru rezultatul terapiei, nu ar avea nici un sens să concentrăm toate eforturile de cercetare viitoare exclusiv nivelului de orientare – specific” (2008:158). El sugerează arii de cercetare precum: ”Ce fel de factori relație/terapeut/client sunt de cel mai mare ajutor (și de cel mai puțin ajutor) pentru clienți cu dificultăți de depresie/anxietate/abuz de substanțe, etc.?” De asemenea, sugerează că ar fi interesant să se identifice relațiile cauzale, de exemplu, ”măsura în care empatia, sau implicarea clientului *contribuie* efectiv *către* rezultate pozitive” (Cooper, 2008:158, italicile în original). În perspectiva noastră, un asemenea focus ar conduce la o evaluare a naturii particulare a factorilor relației co-create, care facilitează schimbarea pentru clienți particulari.

# 12 Eclectism tehnic

Eclectismul se concentrează pe întrebarea ”Ce va funcționa aici?” Aceasta evocă întrebarea faimoasă a lui Paul: ”În toată complexitatea sa, întrebarea spre care toate cercetările asupra rezultatelor ar trebui finalmente direcționate este următoarea: Ce tratament, de către cine, este cel mai eficient pentru acest individ cu acea problemă specifică, și în ce set de circumstanțe?” (Paul, 1967:111). Eclectismul se concentrează pe alegerea pragmatică imediată a intervenției, pe ce este probabil să funcționeze într-un caz particular, și este prea puțin interesat de integrarea teoretică. Tehnicianul eclectic va folosi metode luate din abordări diferite, fără a încerca să rezolve orice dezacorduri între școli. Abordările eclectice variază de la întâmplătoare, arbitrare și ciudate la modele sistematice, validate empiric. Abordările eclectice nu sunt aliate nici unei teorii particulare a personalității sau psihopatologiei, ci sunt bazate solid pe necesitatea empirică.

Remarcabil în domeniul eclectismului este Arnold Lazarus, care se auto-numește ”eclectic tehnic” (Lazarus, 1981). El a dezvoltat un model sistematic de evaluare și tratament intitulat ”model multi-modal”, care se concentrează pe moduri diferite de prezentare a clienților. El abordează terapia pe baza unei evaluări atente a problemei clientului, urmată de alegerea unor tehnici relevante din diferite orientări, care se adresează problemei cleintului într-o manieră sistematică. Lazarus nu este interesat de meta teoria integrării. El are un șir de tehnici incluzând tehnici cognitiv comportamentale, lucrul cu scaunul gol din Gestalt, imagistică și fantezie, printre altele. Munca clinică influențată de rezultate a lui Miller et al. (2005) discutată la Punctul 4, poate de asemenea fi privită ca aparținând categoriei eclectismului tehnic, de vreme ce este orientată către rezultate mai degrabă decât către un model teoretic particular. Atenția plină de grijă la feedback-ul clientului ar oferi o verificare continuă pentru terapeut.

Criticii eclectismului au indicat că o tehnică ”importată” poate fi incompatibilă cu alte aspecte ale stilului terapeutului și poate conduce la efecte dăunătoare asupra clientului dacă este folosită ”ad hoc”, fără o atenție plină de grijă la managementul riscului. În această categorie se pot încadra tehnicile care invită regresia fără să existe sprijin suficient sau cunoștințe despre impactul potențial. Abordarea sistematică susținută de Lazarus are intenția de a se proteja împotriva oricărui risc implicat în importarea tehnicilor, prin faptul că acordă o atenție plină de grijă procesului evaluării și relevanței intervenției pentru problema care este tratată. Perspectiva noastră este că, în timp ce anumite intervenții care se concentrează pe tehnică au nevoie a fi luate în considerare de către psihoterapeutul integrativ, au de asemenea nevoie să fie fundamentate într-o abordare filosofică mai largă, care conține în sine un cadru de lucru teoretic coerent pentru intervenție și practică, bazat pe aspectul central al factorilor relaționali în procesul de vindecare. Tehnicile importate la întâmplare pot duce la o rupere a alianței, dacă nu sunt folosite în mod sensibil în procesul terapeutic.

## 13 Integrare asimilatoare

Stanley B. Messer a introdus termenul integrare asimilatoare în 1992 (vezi Messer, 2001) pentru a descrie procesul progresiv de asimilare de noi tehnici și idei din alte abordări în abordarea proprie, originală a muncii, ceea ce pare a

fi o parte inevitabilă în dezvoltarea celor mai mulți psihoterapeuți. Raționamentul din spatele asimilării presupune că, atunci când tehnici și concepte sunt importate în cadrul de lucru teoretic principal al unei persoane, atunci semnificația lor interacționează cu a ”gazdei” și ambele sunt transformate reciproc și modelate într-un produs nou. Țelul integrării asimilatoare este de a reține teoria originală, în timp ce încorporează atât intervențiile empirice cât și conceptele teoretice care vor îmbogăți abordarea originală a terapeutului, menținând în același timp relevanța teoretică și clinică a abordării.

Aici există riscul ca o parte din puterea abordării originale să se poată pierde în acest proces de asimilare progresivă. O atenție plină de grijă trebuie acordată coerenței teoretice și consistenței interne a asimilării emergente. Se pare că, dacă integraționistul asimilator nu ia în considerare faptul că un cadru de lucru poate fi modificat intrinsec prin importarea de noi tehnici și concepte, ”aceste modele vor rămâne un hibrid inconsistent al purismului teoretic și al practicii eclectice” (Wolfe, 2001). Oricum, credem că o formă de integrare asimilatoare este experimentată într-un mod continuu de către majoritatea clinicienilor, pe măsură ce aceștia întâlnesc materiale noi în cadrul activităților continue de dezvoltare profesională și prin participarea la conferințe, prin citirea cercetărilor relevante și a literaturii înfloritoare din domeniul clinic, prin participarea la workshop-uri despre abordările emergente, și prin feedback-ul de la clienți în timpul procesului clinic în sine; toate acestea împing către ”experimente” relevante și către dezvoltarea care rezultă, și către o schimbare în gândire și practică. Pentru mulți dintre noi, integrarea pare a fi terenul nostru inevitabil, pe măsură ce ne dezvoltăm și răspundem nevoilor clientului. Într-adevăr, prin intermediul asimilării pot apărea progresiv, din câmp, noi forme de psihoterapie, ca răspuns la nevoile unor grupuri particulare de clienți, care nu au fost servite bine de abordările de mai înainte. Nașterea psihologiei sinelui, care accentuează folosirea rezonanței empatice la experiența clientului ca pe un proces de strângere de informații, ca răspuns la confruntarea cu prezentările narcisice, este un astfel de exemplu în domeniul analitic. ”Îmbrățișând empatia ca metodă a sa, Kohut a respins întâietatea clasică analitică a insight-ului prin interpretare” (Lee și Martin, 1991:114).

# 14 Complementaritate: a combina două metode

Complementaritatea este termenul folosit pentru a descrie o combinare de două (sau mai multe) abordări (Goldfried, 1995b), într-un model integrat care are țelul de a oferi servicii mai bune clientului. Complementaritatea se bazează pe presupunerea că toate abordările diferite ale psihoterapiei au o contribuție unică și că combinarea a cel puțin două sau mai multe abordări distincte și unice va produce un produs mai bun. Ca urmare, produsul final

combină forțele ambelor abordări, ceea ce ”complementează” deficitul uneia sau al celeilalte. Ca rezultat, terapeutul şi clientul pot beneficia de forţa ambelor abordări. Integrarea psihanalizei şi a terapiei comportamentale a lui Wachtel (1977) este un astfel de exemplu, deşi este important să menţionăm în acest context integrarea psihanalizei şi a teoriei învăţării din anii 1950 a lui Dollard şi Miller, care a fost unul dintre cele mai timpurii exemple de acest fel (Wampold, 2001). Alte exemple de complementaritate sunt: terapia cognitiv comportamentală (CBT); terapia cognitiv analitică (CAT); terapia dialectică comportamentală (DBT). CBT s-a înfiinţat în urma realizării faptului că focalizarea pe schimbarea comportamentală manifestă poate fi îmbunătăţită de schimbările în sistemul intern de credinţe al clientului. CAT (Ryle, 1990) combină concepte psihodinamice pentru înţelegerea procesului intern al clientului cu teoria constructelor personale a lui Kelly, care iluminează procesele cognitive. DBT (Linehan, 1993) combină principiile Zen de acceptare şi atenţie cu un focus pe schimbarea comportamentală manifestată.

Schottenbauer et al. (2005) descriu două forme înrudite de integrare pe care ei le numesc ”secvenţială” şi ”paralelă”, şi care pot fi privite ca asemănătoare în unele aspecte cu complementaritatea. În ”integrarea secvenţială psihoterapeutică” sunt date două tipuri diferite de psihoterapie, fiecare în timpul unei faze separate a tratamentului, şi fiecare având ca target zone de probleme specifice. În ”integrarea psihoterapeutică paralelă-concomitentă” sunt date două sau mai multe tipuri de terapie în sesiuni separate sau în părţi diferite ale aceleaşi sesiuni, ambele în aceeaşi fază a tratamentului şi în timpul aceleaşi săptămâni. Aceste tipuri de integrare păstrează distincte abordările separate dar le combină pe acestea în procesul tratamentului. Desensibilizarea şi reprocesarea mişcării oculare (EMDR), terapia energetică (vezi Mollon, 2005) sau hipnoza pot fi folosite uneori în acest fel în combinaţie cu terapia psihodinamică sau relaţională. Multe din aceste abordări complementare s-au dezvoltat din dorinţa de a ajuta un anumit grup de clienţi, ori s-au ivit din necesităţile unui context particular sau ale unui tip particular de problemă. Ele sunt privite de mulţi ca fiind un demers creativ în scopul câştigării celor mai mari beneficii în urma unor abordări în aparenţă incompatibile, într-o nouă integrare care maximizează forţele fiecărui model care contribuie.

## 15 Neuroştiinţa afectivă şi integrarea

Tehnologia modernă a contribuit semnificativ la cunoaşterea dezvoltării creierului şi a importanţei experienţei afective timpurii. Apariţia neuro-imaginii şi a tomografiei computerizate (CCT), imaginea de rezonanţă magnetică (MRI, fMRI) şi tomografia calculată pe baza emisiei unui singur foton/pozitron (SPECT/PET) tehnologia de scanare a creierului au permis cercetătorilor să urmărească cu precizie ce se întâmplă în creier în diferite puncte ale dezvoltării şi într-o arie de cadre construite experimental. Studiile pe animale au fost de asemenea relevante,

indicând natura primitivă și bazată pe supraviețuire a existenței noastre (de ex. Le Doux, 1998; Panksepp, 1998). Neuroştiinţa afectivă, ca domeniu specializat, a utilizat aceste noi tehnologii și a integrat idei provenite dintr-o înțelegere a funcționării neorologice și a creierului, contribuții din psihologia dezvoltării, perspective noi asupra teoriei învățării, tărâmuri inconștiente ale experienței care au baza în procesarea emoțională din creierul primitiv, și perspective asupra proceselor memoriei implicite care, împreună, formează o pledoarie puternică pentru nevoia de adoptare a unei perspective asupra funcționării relaționale umane, care să nu fie fundamentată pe o abordare teoretică singulară.

O sumă de scriitori și cercetători diferiți au adus contribuții cheie în acest domeniu, care au provocat semnificativ orice încercare de a menține doar o singură perspectivă teoretică. Acești scriitori ne oferă o perspectivă interdisciplinară asupra dezvoltării și funcționării umane. De exemplu, Jaak Panksepp (1998) subliniază prezența stărilor afective de bază ca părți cheie ale ”psihicului ca eșafodaj” pentru alte forme ale conștienței. Antonio Damasio (2000) accentuează natura reglatoare și evolutivă a emoțiilor, cu învățarea și cultura așternute pe deasupra. Allan Schore atrage atenția asupra naturii interdiscilpinare a dezvoltării curente în domeniul științific, făcând trimitere la adunarea laolaltă a neuroștiinței, psihologiei, biologiei, chimiei și psihanalizei pentru a sprijini idea că dezvoltarea socio-emoțională este facilitată în particular de comunicarea afectivă îngrijitor – bebeluș (Schore 1994). Celelalte lucrări ale sale și rapoarte de cercetare continuă să sprijine această idee (Schore, 2003a, 2003b). În plus, cercetările în domeniul traumei accentuează rolul cheie al sistemelor noastre de memorie în managementul experiențelor traumatice. În condiții traumatice, sistemul de memorie declarativ explicit, bazat pe ceea ce este conștient, cognitiv și verbal, este suprimat, în timp ce sistemul non-declarativ implicit, bazat pe procese inconștiente, emoționale, corporale și non-verbale, este activat (ex. Rothschild, 2000). Aceste procese generice și importante nu sunt de domeniul nici unei singure abordări a psihoterapiei și indică nevoia de o perspectivă integrativă coerentă pentru a ne ajuta în înțelegerea proceselor umane complexe.

## Partea 3

## ASPECTUL CENTRAL AL RELAȚIEI DIN PERIOADA DE SUGAR

## 16 Prioritatea afectului în dezvoltare

În această secțiune accentuăm o sumă de iedei care sunt cheie pentru o psihoterapie integrativă. În primul rând, ne concentrăm asupra anumitor dezvoltări în domeniul neuroștiinței, care oferă o puternică perspectivă integrativă, implicând aspecte diferite ale dezvoltării umane și subliniind natura holistică a ființei umane, în termenii integrării

schimbului relațional fiziologic, psihologic și social. Apoi aducem în atenție scriitori particulari care au adus o contribuție semnificativă la o abordare integrativă, dezvoltând acest aspect holistic al funcționării umane. Neuroștiința afectivă, în particular, a ieșit la suprafață ca domeniu științific specializat care ne-a permis să înțelegem mult mai precis rolul cheie pe care afectul îl joacă în traiectoria de dezvoltare a ființei umane. Oricum, interesul față de afect nu este nou – de secole au existat dezbateri și argumente asupra rolului afectului, și, deși în general este cunoscut faptul că Descartes s-a concentrat pe cogniție prin faimosul său dicton ”Gândesc deci exist”, în lucrarea sa *Pasiunile Sufletului* el a fost foarte preocupat cu experiența afectivă. O temă cheie în cadrul diverselor dezbateri vizează măsura în care afectul este privit ca fiind separat de cogniție, și dacă este așa, care dintre acestea predomină. Există de asemenea o problemă care dezbate dacă cogniția este privită ca gândire rațională. Antonio Damasio consideră că ”afectul” denotă o combinație de emoții, dispoziții și sentimente; de asemenea, el nu separă emoțiile de cogniție, susținând că emoțiile sunt strâns implicate în capacitatea de a raționa (Damasio, 1994). Această perspectivă este bazată pe cercetarea sa asupra pacienților care au experimentat leziuni severe ale creierului, permițându-i să demonstreze natura integrată a funcționării umane.

Există de asemenea dezbateri semnificative care încearcă să stabilească dacă afectul este poziționat în individ sau este o funcție a schimbului social (Harr, 1986). În cadrul domeniului neuroștiinței există încontinuare o dezbatere în privința poziției exacte a afectului în cadrul creierului. În timp ce afectul era considerat la un moment dat ca fiind poziționat în partea creierului numită sistemul limbic, această perspectivă este acum privită ca fiind prea simplistă. În timp ce sistemul limbic are o funcție importantă în evaluarea unei situații, limitele sale funcționale au fost mai dificil de stabilit. Așa cum Le Doux (1998) remarcă, în contextul cercetării sale asupra experienței fricii, experiența fricii implică multe părți ale creierului și ale corpului. Memoria funcțională este necesară și contribuie la crearea experienței emoționale conștiente; partea de scanare a creierului, amigdala, este activată, precum și sistemul de trezire al corpului, conducând la o serie de cercuri de feedback care implică atât corpul cât și mintea. Tendințele de a acționa sunt de asemenea relevante ca parte a componentei expresive a afectului (Izard și Kobak, 1991).

Din punct de vedere al dezvoltării, cercetarea în neuroștiința afectivă a stabilit legăturile între dezvoltarea creierului sugarului și calitatea schimbului afectiv între sugar și îngrijitorul său primar (Siegel, 1999). Studii asupra atașamentului au descoperit că stabilirea pattern-urilor sau organizarea relațiilor de atașament în perioada de sugar sunt asociate cu procese caracteristice de reglare emoțională, legăturile sociale, accesul la memoria auto-biografică și dezvoltarea reflecției de sine și a capacităților narative (Main, 1995, 1996). Hart (2008) atrage de asemenea atenția asupra rolului oglindirii în dezvoltarea afectivă. Ea declară:

> Într-un stadiu timpuriu, sugarul imită stimulii afectivi și, chiar de la naștere, reglarea stimulilor este asociată cu interacțiunile sociale pe care sugarul le găsește plăcute sau neplăcute. Sugarul folosește expresii afective prin intermediul expresiilor faciale, a activității motorii și a vocalizării direcționate către îngrijitorul său, și se pare că există o structură înnăscută, în sistemul nervos, pentru imitarea comportamentului.
>
> (p. 89)

Aceste idei sunt sprijinite de descoperirea ”neuronilor oglindă”, felul în care activitatea neuronală este activată prin intermediul observației celuilalt (Gallese și Goldman, 1998; Gallese, 2001).

## 17 Experiența timpurie și dezvoltarea creierului

Încă de la concepție, există o creștere rapidă și aleatorie în activitatea sinaptică a creierului sugarului, fiind creați mult mai mulți neuroni decât este efectiv necesar. Această activitate se dezvoltă progresiv în pattern-uri organizate printr-un proces de ”curățare”, ca răspuns la interacțiunile cu mediul. Creierul sugarului cântărește aproximativ 400 grame la naștere, dezvoltându-se până la aproximativ 1000 grame la 12 luni. Această perioadă timpurie este privită ca fiind critică în termenii căilor care se dezvoltă în creier și ai dezvoltării timpurii a funcționării afective. Emisfera dreaptă a creierului este prima care se dezvoltă și este într-o izbucnire de creștere în primul an și jumătate de viață. Experiența emoțională a sugarului se dezvoltă prin intermediul sunetelor, imaginilor și fotografiilor care constituie cea mai mare parte a experienței de învățare timpurii a sugarului, și sunt depozitate disproporțional în emisfera dreaptă a creierului; mai mult, emisfera dreaptă este dominantă în primii trei ani de viață. Emisfera dreaptă este implicată cu precădere în funcțiile vitale care sprijină supraviețuirea și îi permit organismului să facă față stresului,

în mod activ și pasiv. Ea este responsabilă pentru producția de cortizon, cât și pentru funcțiile de imunitate, neuroendocrine și cardiovasculare. Aceste dezvoltări timpurii sunt de asemenea puncte cheie pentru mecanismele de adaptare de auto-reglare (Schore, 1994; Gerhardt, 2004; Hart, 2008).

Modul particular în care se dezvoltă creierul sugarului, și perioadele critice care sunt asociate cu această dezvoltare, îl fac pe sugar atât îndeosebi de disponibil la schimburi pozitive și la efectele acestora asupra dezvoltării, cât și vulnerabil la efectele interacțiunilor negative cu mediul. Allan Schore (1994) sugerează că o perioadă critică a dezvoltării sinaptice și diferențierea unei structuri limbice care reglează afectul în cortexul prefrontal al emisferei drepte începe la sfârșitul primului an, și că acest proces de dezvoltare este influențat semnificativ de stimularea încorporată în tranzacțiile socio-afective ale sugarului cu îngrijitorul primar (p 13). În mod clar și factorii genetici joacă un rol, dar este necesară stimularea externă pentru ca aceștia să ajungă la potențialul lor (kandel, 2005). Schimbul social pozitiv cu mediul la o vârstă foarte timpurie este așadar crucial în sprijinirea tipului de curățare care are loc, poziția de bază fiind ”folosește-l sau scapă de el”. Conceptul de ”plasticitate” se referă la măsura în care creierul este deschis la dezvoltare și la schimbare. În acest stadiu timpuriu al dezvoltării creierul este cel mai ”plastic” și deschis pentru schițarea conexiunilor și căilor de dezvoltare. Acest fapt ridică întrebarea în ceea ce privește natura relativ fixă a acestor căi, odată ce au fost stabilite, o problemă care este încă subiectul unor dezbateri. Un studiu, oricum, subliniază schimbări semnificative în cortexul orbifrontal drept, o zonă a creierului care joacă un rol central în atașament, ca rezultat al unui tratament psihologic plin de succes (Schwartz et al., 1996). Allan Schore (2003b) de asemenea oferă o perspectivă optimistă bazată pe cercetări disponibile, atunci când declară că ”capacitatea de schimbări plastice dependente de experiență în sistemul nervos se menține de-a lungul întregii vieți” (p. 202).

## 18 Reglarea afectului și dezvoltarea sinelui

Așa cum emisfera stângă a creierului comunică cu altele prin comportamente lingvistice conștiente, și emisfera dreaptă comunică stările sale mai puțin conștiente către alte emisfere drepte care sunt pregătite și disponibile să primească aceste mesaje. De fapt, ceea ce vedem că se întâmplă între îngrijitorul primar și sugar este un proces în care mama își împrumută emisfera dreaptă în serviciul dezvoltării creierului sugarului, și în mod egal al capacității în dezvoltare a sugarului de a manageria un arsenal de afecte. În cursul acestor comunicări este de asemenea activat sistemul nervos autonom al sugarului, facilitând controlul nivelului de alertă psihologică și impactul său asupra stărilor afective. Siegel (1999) aduce în prim plan idea că fiecare dintre noi are o ”fereastră de toleranță” în care diverse intensități ale alertei pot fi procesate fără să provoace discomfort sau tulburare exagerate. Această fereastră de toleranță este bazată pe nivele de alertă a ramurilor simpatice și parasimpatice ale sistemului nervos. Ramura simpatică controlează bătăile inimii, vigilența, respirația și transpirația, în timp ce ramura parasimpatică îndeplinește o funcție de dez-alertare și inhibiție. Ogden et al. (2006) a elaborat de asemenea această idee,

subliniind implicațiile psihologice și afective pentru un individ dacă se deplasează prea departe dincolo de oricare graniță a ferestrei sale de toleranță. La capătul superior avem potențialul de hiper-alertă, care conduce fie la hiper-vigilență, cu panică, furie sau teroare, sau la o alertă înaltă cuplată cu imobilitate (reacţia de ”îngheţare”). La capătul inferior avem potențialul de hipo-alertă cu amorțirea emoțiilor, sau experiența rușinii, a disperării sau a umilirii. Într-un mediu relativ benign sugarul este capabil să dezvolte un simț al maturizării sinelui prin intermediul experiențelor la limita ferestrei sale de toleranță, care nu conduce la experienţe afective traumatice de genul celor enumerate mai sus. Mediile care sunt mai puțin benigne supun sugarul la provocări grave (Trevarthen, 1989; Tronick și Weinberg, 1997; Glaser, 2003). Efectele continue ale angajării sugarului cu îngrijitorul său primar vor influența natura acestei relații de atașament și, de asemenea, vor determina dezvoltarea simțului de sine al sugarului în acea relație. Așa cum Siegel (1999) scoate în relief: ”interacțiunile care au loc au efecte directe asupra experienței emoționale *în acel moment*. În cadrul contextului unei relații de atașament, mintea în dezvoltare a copilului și structura creierului copilului vor fi modelate într-un astfel de mod încât va fi afectată abilitatea de a regla emoțiile *în viitor*”. (p.285, italicele în original).

## 19 Neuroștiința afectivă: munca lui Panksepp și Damasio

Jaak Panskepp și Antonio Damasio sunt doi cercetători și scriitori particulari care au contribuit semnificativ la felul în care înțelegem dezvoltarea afectului și rolul pe care creierul îl joacă în acest proces. Panksepp (1998) subliniază prezența stărilor afective de bază ca parte cheie a ”psihicului ca eșafodaj” pentru alte forme de conștiență. În cartea sa *Neuroștiința Afectivă: Fundațiile Emoțiilor Umane și Animale*, el ne oferă o relatare densă și cuprinzătoare a proceselor emoționale la mamifere, bazată pe o perspectivă interdisciplinară a dezvoltării. În urma trecerii în revistă a cercetărilor relevante, el susține că `credința lui Descartes în afirmația sa ”gândesc, deci exist” poate fi înlocuită de o afirmație mult mai primitivă, care face parte din alcătuirea genetică a tuturor mamiferelor: ”simt, deci exist”` (p. 309). În cartea sa, Panksepp ne prezintă un scurt rezumat istoric al dezvoltărilor în psihologie, începând cu concentrarea comportamentaliștilor ca John Watson și B. F. Skinner, în prima parte a secolului douăzeci, asupra factorilor de mediu, într-o încercare de a înțelege atât comportamentul animalelor cât și al oamenilor. Abordarea comportamentaliștilor a fost criticată vehement de lingvistul Noam Chomsky, care a fost esențial în sublinierea presupunerilor greșite făcute de comportamentaliști de-a lungul ideilor lor despre învățarea limbajului (Leahey, 2004). Așa cum indică Panksepp, comportamentaliștii nu au luat în considerare importanța enormă a ”bagajului

instinctual, evoluționist” (1998:11). El merge mai departe în cartea sa, cât și în celelalte publicații ale sale, oferindu-ne un insight bazat pe cercetare și detaliat asupra structurilor afective primitive ale creierului și schimburile lor cu multiple fațete cu mediul, în timp ce recunoaște de asemenea natura de o complexitate uriașă a acestui domeniu de studiu, mai cu seamă în ceea ce privește identificarea plasticității și flexibilității creierului uman.

Idea naturii primare a afectului este subliniată într-un mod diferit de Damasio (2000), care propune trei stadii de procesare biologică și mentală: un stadiu al emoțiilor, un stadiu al sentimentelor, și un stadiu al sentimentelor aduse în conștient. Damasio accentuează natura de reglare și evoluționistă a emoțiilor, cu învățarea și cultura așternute pe deasupra tuturor. El se referă la termenul de *afect* ca la unul care acoperă tot spectrul de emoții, dispoziții și sentimente, și, de asemenea, se referă la tărâmul experienței în afara conștientizării, declarând: ”Un organism poate reprezenta în pattern-uri neuronale și mentale stadiul pe care noi, creaturi conștiente, îl numim sentiment, fără ca măcar să știm că sentimental este în desfășurare” (p. 36). În cea mai mare parte nu ne putem controla emoțiile în moduri directe și voluntare. Ele sunt executate de structuri ale creierului care sunt poziționate adânc în creier și care sunt adesea numite ”creierul primitiv”. După Damasio, prin intermediul sentimentelor emoțiile încep să-și exercite impactul asupra minții, cu un impact deplin și persistent al sentimentelor izvorând din apariția unui simț al sinelui. Mai mult, emoțiile sunt legate de viața organismului, adică de corpul său. El atrage atenția asupra rolului ”emoțiilor de fundal”, referindu-se la stări de calm sau tensiune, stare de bine sau indispoziție. El recunoaște șase emoții primare sau universale: fericire, tristețe, frică, furie, surpriză și dezgust. Emoțiile secundare sau sociale descrise includ jena, gelozia, vinovăția și mândria. Trevarthen (2001) face de asemenea această distincție între emoțiile de auto-reglare și ceea ce el numește ”emoții relaționale”. Damasio propune o sumă de diferite nivele de ”reglare a vieții”, începând cu un nivel de bază de răspuns stereotip, urmat de emoții, apoi sentimente și apoi ”rațiune înaltă”. Doar după nivelul sentimentelor conștiența, așa cum ne gândim la ea, intră în scenă. Mai mult, el afirmă că acesta nu este un sistem linear, ci unul care interacționează de-a lungul diferitelor nivele. O contribuție importantă a muncii lui Damasio se concentrează asupra rolului limbajului și a contribuției sale la tărâmurile conștienței extinse și de bază. Cercetările sale asupra pacienților cu tulburări severe de limbaj provocate de boli neurologice demonstrează că ”contribuția limbajului la conștiența de bază nu a putut fi găsită nicăieri” (Damasio, 2000:108). Atât Panksepp cât și Damasio prezintă o perspectivă integrativă asupra funcționării umane, atrăgând atenția asupra complexităților schimburilor noastre relaționale în lume, cât și ca și legături cu alte mamifere.

## 20 Creierul social: funcția cortexului orbifrontal

Mai înainte am subliniat rolul important al zonelor ”creierului primitiv”, structurile inferioare care sunt poziționate adânc în tulpina creierului, în dezvoltarea afectivă generală a persoanei. În structurile superioare ale creierului sunt poziționate acele zone responsabile cu procesarea informațiilor mult mai complexe, incluzând percepția, atribuirea semnificației, gândirea și rațiunea. În special regiunea orbito-frontală dreaptă a fost indicată ca fiind cu precădere implicată în reglarea tiparelor de alertă și în comportamentele sociale și emoționale (Barbas, 1995), și în capacitatea persoanei de a fi conștientă de sine ca persoană cu o istorie, cunoscută ca conștiință autonoetică (Schore, 1994; Wheeler et al., 1997). Implicarea cortexului orbito-frontal drept în capacitatea de a vorbi despre propria istorie sugerează implicarea acestei zone a creierului în relatările derivate din Interviul de Atașament Adult (AAI) (Main et al., 1985), de vreme ce regiunea orbito-frontală pare a fi în special preocupată cu organizarea experienței emoționale în contextul relațiilor interpersonale (Heller, 1993; Cozolino, 2002, 2006; Hart, 2008). În acest rol de mediator dintre funcțiile inferioare și cele superioare ale creierului, cât și în rolul în reglarea stărilor corporale, cortexul orbito-frontal devine important ca o funcție integrativă pentru diferite feluri de comunicări atât dinspre surse externe cât și dinspre surse interne. Așa cum sugerează Ogden et al. (2006):

În funcția sa de parte a sistemului de acțiune de atașament, se crede că cortexul orbito-frontal

> permite ca informația despre mediu, procesată la nivel cortical (de ex. stimuli vizuali și auditivi care emană dintr-o expresie facială) să fie integrată cu informația procesată la nivel subcortical în mediul visceral intern, facilitând astfel asocierea informației care intră din mediul extern cu stările motivaționale și emoționale.
>
> (pp. 153 – 154)

Datorită funcției cortexului orbito-frontal în managementul executiv general al procesării emoționale și tendințelor de acțiune, semnificația daunelor în această parte a creierului a fost subliniată ca fiind specială dacă are loc în contextul traumei dezvoltării timpurii (Schore, 2003a), și în particular până la vârsta de doi ani. Disfuncțiile timpurii din emisfera dreaptă, care implică cortexul orbito-frontal, sunt așadar implicate în dezvoltarea stilurilor de atașament dezorganizat, a stresului post traumatic și a tulburărilor de personalitate de tip borderline. Așadar această parte a creierului depinde de experiență și, în condiții optime de atașament securizant și ale unui mediu social sensibil acordat, se dezvoltă în moduri care sprijină o capacitate adaptativă de a regla emoțiile în mod flexibil sau de auto-reglare, în absența schimbului sau a sprijinului social. Dezvoltarea și funcționarea neurală în această parte a creierului contribuie, de asemenea, la capacitatea de a înțelege și de a atribui semnificație minții altora, ceea ce Siegel (2001) descrie ca ”mindsight”, și pe care el o leagă de alte idei, cum ar fi dezvoltarea capacității de mentalizare prin intermediul experiențelor de atașament (Fonagy și Target, 1997).

## 21 Stiluri de atașament: munca lui Bowlby și a colegilor săi

Chestiunile anterioare au scos în evidență importanța experiențelor timpurii de atașament dintr-o perspectivă neuro-științifică și implicațiile acestora pentru copilul în dezvoltare în special, dar nu exclusiv, în contextul unei relații diadice timpurii. Acum oferim o privire de ansamblu asupra atașamentului și a implicațiilor sale pentru psihoterapia integrativă.

Teoria atașamentului a fost dezvoltată de John Bowlby (1907 – 1990). El și-a terminat studiile medicale în 1933 și apoi a continuat cu studierea psihiatriei adultului și a copilului, cât și cu formarea în psihanaliză. La vremea respectivă, a devenit foarte prins în politică și în neânțelegerile din cadrul psihanalizei. Poziția lui era că psihanaliza se concentrase prea mult asupra funcționării interne, folosind ca exemplu concentrarea lui Melanie Klein asupra fanteziei copilului și asupra daunelor interne. În viziunea lui Bowlby, adoptarea unei asemenea perspective reduce semnificativ noțiunea de amenințare externă și reacția umană la aceasta. De asemenea, el a făcut caz de ideile lui Freud asupra sexualității, susținând că auto-apărarea era tot atât de importantă, sau chiar mai importantă (Bowlby, 1971, 1975, 1998). Interesul lui Bowlby era de a combina gândirea psihanalitică cu un focus pe etologie, cât și pe biologia evoluționistă. El a fost profund interesat în protecția speciilor și în modalitățile prin care natura are grijă de acest lucru; în mod esențial, funcția legăturii copil / mamă era vehiculul prin intermediul căruia specia și-a câștigat protecția. Poziția lui era aceea că dependența nu este o calitate care trebuie depășită, ci este o parte esențială a naturii umane (Bowlby, 1979). În 1953 Bowlby a publicat *Îngrijirea Copilului și Maturizarea Iubirii,* care a fost

instantaneu un bestseller și a fost tradus în zece limbi diferite. Ideile sale au câștigat credit cu mult dincolo de cabinetul de consultație al psihoterapeutului.

În timp ce teoria atașamentului a lui Bowlby a rămas (și într-o măsură continuă să rămână) discutabilă în cadrul psihanalizei (Holmes, 1993; Fonagy, 2001), ea enunță o sumă de idei cheie care sunt acum reluate în lumina dezvoltării neuro-științifice. În primul rând, și probabil cel mai important, a accentuat perspectiva dezvoltării de două persoane, aducând la lumină tensiunea și influența reciprocă dintre psihologia de o persoană și cea de două persoane. În al doilea rând, este o teorie spațială bazată pe idea benzii elastice – cu cât este mai departe, cu atât se trage mai puternic. Conceptul cheie pe care munca lui Bowlby îl scoate la lumină este importanța pentru copilul în dezvoltare, și într-adevăr și pentru persoana adultă, a accesului la ”o bază securizantă”. În al treilea rând, a subliniat importanța proximității unei figuri de atașament preferate, ca fiind crucială pentru dezvoltare.

Bowlby a schițat trei stadii în dezvoltarea unui tipar de atașament. În primele șase luni de viață concentrarea este asupra dezvoltării tiparelor de recunoaștere, pe măsură ce sugarul se orientează în lume. De la șase luni la trei ani concentrarea este asupra dezvoltării unui sistem de atașament și mecanisme de feedback care evaluează ”suficienta apropiere” a figurii de atașament preferate. De la vârsta de trei ani concentrarea este asupra dezvoltării relațiilor reciproce pe baza modelelor interne de lucru. Modelele de lucru interne funcționează ca o ”imagine” sau ca o ”schemă” internalizată, un șablon care servește ca ghid pentru felul în care funcționează lumea, în ceea ce privește relațiile apropiate. S-a sugerat că aceste modele de lucru interne se dezvoltă în primul an de viață, pe măsură ce tiparele de interacțiune dintre copil și îngrijitorul primar sunt încontinuu manifestate și re-manifestate. În timp ce aceste modele au fost considerate inițial a fi flexibile, Bowlby a sugerat că ele devin din ce în ce mai stabile cu timpul.

Ideile lui Bowlby au fost dezvoltate inițial de Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) și mai târziu de Mary Main și Judith Solomon (Main, 1995; Main și Solomon, 1986). Ainsworth a colaborat cu Bowlby la dezvoltarea ideilor sale, și a fost figura esențială în stabilirea unui proiect de cercetare menit să evalueze natura interacțiunilor mamă – sugar. Ea a stabilit procedura numită ”situația neobișnuită” ca o modalitate de a activa sistemul de atașament al copilului și, ca rezultat al acestei cercetări, a identificat stilurile de atașament securizant, evitant și rezistent/ambivalent. Un al partulea stil, dezorganizat/dezorientat, a fost adăugat mai târziu de Main și Solomon (1986, 1990). În timp ce este clar faptul că universul posibilităților de interacțiune dintre un sugar și îngrijitorul său primar adesea nu se va încadra judicios într-o categorie etanșă, această muncă totuși a produs dovezi importante, sprijinite pe cercetare, ale diferitelor ”stiluri” de interacțiune, având posibilitatea de a le asocia cu problemele clinice cu care se confruntă un practician. Elaborarea mai departe a acestei munci a luat forma unui focus asupra atașamentului adult, în care Main (1993) a descoperit că, cerându-le adulților să povestească despre experiențele timpurii în familiile lor, devenea posibilă corelarea acestor povestiri cu rezultatele testului ”situația neobișnuită” folosit în cercetarea lor anterioară asupra mamelor și sugarilor. Rezultatul acestei munci a fost dezvoltarea Interviului de Atașament Adult (AAI), proiectat să stabilească starea mintală a unui adult, cu privire la atașament. Au fost identificate patru ”stări mintale”: securizantă/autonomă, de respingere, preocupată și nerezolvată/dezorganizată. Această muncă a condus de asemenea la recunoașterea faptului că stilul de atașament al unui copil nenăscut putea fi prezis prin evaluarea stilului de atașament al adultului (George și Main, 1996); pe lângă asta, a condus la o arie foarte largă de aplicații (Steele și Steele, 2008).

## 22 Tipare de atașament intergeneraționale

Bowlby a fost conștient de faptul că, modul în care un copil face față lumii este legat în multe feluri de modul în care părintele a tratat propriile experiențele timpurii, în special mama. Cercetările asociate cu Interviul de Atașament Adult (AAI) arată o relație clară între stilul de atașament al mamei și acela al copilului ei – mamele cu un atașament nesigur tind să aibă copii cu un atașament nesigur (Main și Goldwyn, 1984). Această idee este de asemenea sprijinită de cercetarea pe animale (Francis et al., 1999). Schore (2003a) trece acest fenomen în limbaj neuro-științific atunci când declară că ”psihopatologiile asociate atașamentului sunt așadar exprimate în dereglări ale funcțiilor sociale, comportamentale și biologice care sunt asociate cu un sistem de control fronto-limbic imatur și cu o emisferă dreaptă ineficientă” (p.66). Dat fiind ceea ce am schițat mai sus despre dezvoltarea funcțiilor creierului și dependența lor de schimburile diadice în timpul perioadelor critice, probabil că acest lucru nu este foarte surprinzător. Dacă sugarul este dependent de o mamă care nu este capabilă de a răspunde într-o manieră sensibilă și acordată, și dacă asta se întâmplă încontinuu în perioada semnificativă a dezvoltării timpurii, atunci există un risc serios ca sugarul să eșueze în a-și forma căile care să-i permită un răspuns sensibil potrivit pe care să-l ofere mai târziu propriului copil (Strathearn, 2007). Realitatea este că aceste mame au suferit ele însele lipsuri grave în propriile copilării (Famularo et al., 1992), fiind lăsate cu o capacitate slăbită de a face față stresului (Post et al., 1994). Cercetarea făcută de Fonagy și colegii, concentrată asupra reprezentărilor mentale și a funcționării reflexive, subliniază de asemenea acest efect intergenerațional important (Fonagy et al., 1991, 1993). Acolo unde există asemenea pattern-uri este probabil important să se lucreze cu mama și copilul ca diadă în cadrul terapeutic.

## 23 Studii de observare a copiilor: munca lui Stern şi a altora

Munca lui Daniel Stern a reprezentat o schimbare semnificativă în abordările teoriei dezvoltării (Stern, 1985a, 2003). El a devenit în mod particular interesat de contradicţia care înconjura focusul pe teorie în ceea ce priveşte primii ani ai vieții și de felul în care aceste idei păreau să aibă un rol speculativ și obscur în întâlnirea cu persoana reală, în terapie. De asemenea, el s-a implicat în problematica modelelor dezvoltării timpurii (de ex. Freud, Mahler), care îi păreau că erau construite în mod artificial și că ofereau o perspectivă a dezvoltării întrucâtva lineară. Stern era interesat în mod particular în dezvoltarea unui dialog între imaginea copilului, aşa cum era prezentată de abordarea experimentală, și imaginea construită clinic. Aşadar, o accentuare cheie era pe studiile de observare a copiiilor şi pe contribuţia acestora la gândirea clinică. Această distincţie între ”copilul observat” şi ”copilul clinic” este crucială pentru munca lui Stern. Prima noțiune se preocupă cu observațiile directe în cadre naturale și experimentale; a doua noțiune este despre re-construcție bazată pe amintiri, puneri în scenă și interpretări transferențiale, și diferite istorii de viață. În timp ce principala concentrare a lui Bowlby era asupra diadei mamă- copil, concentrarea lui Stern este mai mult asupra copilului însuși, și în special în descoperirea și articularea experienței subiective a copilului. El își descrie cartea asupra subiectului ca pe o ”ipoteză de lucru despre experiența subiectivă a propriei vieți sociale a copilului” (1985b:4).

O inovație cheie în munca lui Stern este interesul său mai degrabă într-o abordare normativă decât în una patomorfică. Copilul este privit mai curând în toată marja de comportament, în toate formele sale, decât în termeni de ce ar putea merge prost mai târziu. În această privință, abordarea sa este mai degrabă prospectivă decât retrospectivă. Pe baza unei cercetări extensive asupra copiilor, Stern a propus un model de dezvoltare care accentua câteva simțuri diferite ale sinelui, așa cum acestea ies la suprafață pe parcursul primilor ani de viață. În prima ediție a lucrării *Lumea Interpersonală A Copilului* (1985b) Stern a propus patru simțuri ale sinelui: sinele emergent, de la 0 la 2 luni; sinele de bază, aproximativ de la 2 luni până la 9 luni; sinele subiectiv, aproximativ de la 9 luni până la

15 luni; și sinele verbal care începe de la aproximativ 15 luni. Fiecare dintre aceste simțuri ale sinelui se corelează cu ceea ce Stern numește ”domenii de asociere”, pentru recunoașterea faptului că dezvoltarea este întotdeauna contextuală. În a doua ediție a cărții sale, publicată original în 1998, Stern mai adaugă un simț al sinelui, pe care îl numește sinele narativ, un sine pe care el îl privește ca pe o cheie pentru problemele clinice de mai târziu.

Subiectul ”acordării afective” este un alt concept care a fost în prim planul cercetării lui Stern asupra copiilor și a îngrijitorilor lor primari (Stern, 1985a). Acordarea afectivă reiese a fi în mod particular importantă în perioada dezvoltării sinelui subiectiv, aproximativ de la 9 la 15 luni. Este o nouă categorie de comportament în care copii descoperă că au o minte și că alți oameni au minți diferite. Intersubiectivitatea, într-o formă complexă, acum devine posibilă, și în care copilul poate atât să ocupe o stare mentală și să le atribuie stări mentale și altora, cât și să răspundă comportamental la aceste diferențe. Cercetarea asupra acordării sau ne-acordării dintre copii și îngrijitorii lor primari are paralele cheie în psihoterapie, unde managementul acestor stări este un factor important în succesul procesului terapeutic. Acest domeniu al cercetării copilului are de asemenea paralele în cercetarea neuroștiinței afective, așa cum a fost descrisă mai sus.

Munca lui Stern a fost o parte a unui interes crescând în cercetarea copilului și în modurile în care aceasta influențează procesul psihoterapiei. Trevarthen (1989, 2001) accentuează natura socială intrinsecă a schimbului relațional al copiilor, concentrându-se pe capacitatea acestora, de la o vârstă foarte fragedă, de a se angaja într-o lume intersubiectivă și de a căuta companie. Studiile de cercetare ale lui Trevarthen și înregistrările video asociate au arătat foarte clar această capacitate, ridicând problema unei concentrări exclusive asupra diadei mamă-copil în termenii relației acesteia cu sănătatea mintală adultă. Beebe și Lachmann (2002) și Beebe et al. (2005) oferă perspective bune asupra cercetării copiilor, legând aceste studii de tratamentul psihoterapeutic cu adulții. O relatare mult mai personală, dar de asemenea bazată pe literatură relevantă, este oferită de Reddy (2008). Aceste abordări luate ca un întreg sunt în mod particular relevante pentru abordarea integrativă schițată aici, fiind fundamentate atât pe cercetări cheie, cât și pe sprijinirea unui schimb relațional umanist și concentrat pe dezvoltare, între terapeut și client.

## 24 Winnicot și mama obișnuită, ”suficient de bună”

Donald Winnicott (1896 – 1971), figură cheie în ceea ce este cunoscut ca Școala Britanică de Relații Obiect, a pus un accent cheie pe legătura dintre copil și mediu. El ne-a oferit mai degrabă un set de idei importante decât o ”teorie” și făcând asta ne-a supus atenției unele concepte cheie de importanță specială pentru o psihoterapie integrativă. Asemenea lui Stern, Winnicott a pus accentul pe normalitate, în care ”pacientul” se prezintă ca o persoană cu o modalitate unică de a construi lumea, o modalitate care trebuia mai degrabă înțeleasă decât patologizată (Newman, 1995). De asemenea, el a subliniat importanța unui ”mediu facilitator”, a jocului și a creativității, a diferenței dintre sinele adevărat și sinele fals, și a complexității fenomenului tranzițional. Idea mamei ”suficient de bune” a fost un concept care a devenit încorporat în conștientizarea socială largă prin intermediul publicării lucrării *Copilul, Familia, și Lumea din Afară* (1964) și care le-a oferit tinerelor mame ușurarea că nu trebuia să fie super-umane. Oricum, idea lui Winnicott de ”suficient de bun” a adus cu ea, ca în cazul tuturor ideilor sale clinice, o seamă de complexități interesante. Protecția ”suficient de bună” pentru copil implica în primul rând o mânuire protectoare, concept care indica nevoia copilului de a rămâne într-o stare de *ne-integrare*; în termenii lui Winnicott, absența acestui lucru forțează copilul la o formă de auto-control defensiv (Winnicott, 1988). Mânuirea copilului a fost privită de asemenea ca fiind foarte semnificativă în termenii dobândirii stării de ”suficient de bun”. Perspectiva lui era că copii care erau lăsați singuri pentru perioade lungi de timp erau predispuși să se identifice mai curând cu mintea decât cu corpul, o formă primitivă de scindare. Exista de asemenea nevoia de a-i prezenta copilului lumea exterioară într-un mod care îi permitea acestuia să dezvolte o încredere în lume. Eșecul de a obține acest lucru ar fi condus, în viziunea lui Winnicott, la experiența ”agoniei primitive” și a ”singurătății profunde”. Aceste idei au creat în Winnicott o empatie specială pentru pacienții săi copii și adulți psihotici și borderline. El îi considera pe fiecare ca fiind copilul în stadiu de dependență absolută, ridicând probleme de management al regresiei în practica clinică. Totuși, Winnicott a fost foarte clar că, sub amenințarea anxietăților psihotice nu avem nevoie de analiza problemelor noastre, ci, mai curând, de felul de îngrijire blând, implicat și ne-sentimental pe care mama ”suficient de bună” îl acordă în mod natural copilului ei mic (Winnicott, 1965/1990). În munca terapeutică, ceea ce dorește pacientul este să întâlnească un terapeut care este o persoană reală: ”Dacă devenim cu toții persoane în munca noastră, atunci munca devine mult mai interesantă și mai răsplătitoare” (Winnicott, 1965/2006: 155).

## 25 Dereglări ale afectului și patologia adultă: munca lui Schore

Allan Schore se evidențiază ca un contribuitor major la cunoștințele pe care le avem despre neuroștiința afectivă și a dezvoltării și, așa cum am văzut, a adus o contribuție cheie la o perspectivă integrativă atât asupra dezvoltării umane cât și asupra răspunsurilor terapeutice la implicațiile grave ale experienței generatoare de dereglări din primii ani ai vieții (Schore, 2003a, 2003c). Influențat de cercetare extinsă, Schore a subliniat măsura în care experiențele relaționale timpurii, care implică abuzul, trauma, tratamentele rele sau neglijarea, predispun la probleme grave în viața de mai târziu. El face o paralelă cu literatura care ne aduce cu claritate în atenție implicațiile acestor experiențe timpurii (de ex. Karr – Morse și Wiley, 1997), despre copii foarte tineri care au comis fapte de o violență extremă. Schore subliniază efectele excitării extreme a sistemului nervos autonom (ANS), cu un focus special pe sistemul nervos simpatic (SNS). Am trecut în revistă mai înainte efectele depășirii unei ferestre de toleranță în relație cu supra sau sub-stimularea ANS. Ceea ce Schore subliniază este distincția între reacțiile de ”fugă” și ”luptă” în termenii dereglării. Reacția de ”luptă” este aceea care, dacă este neregulată în mod consistent, poate conduce la dificultăți mai târziu în controlul agresivității, creând o predispoziție către tulburări de genul antisocial sau borderline. Este clar că problemele merg dincolo de doar o reacție ANS, având la bază mediul și socialul. În cadru sunt și tiparele intergeneraționale, care intră în acțiune în aceste cadre. În timp ce Schore pledează pentru importanța intervenției timpurii care poate opri traiectoriile de dezvoltare, munca cu adulții este de asemenea importantă. Bateman și Fonagy (2006), de exemplu, au schițat atât provocările cât și posibilitățile muncii cu adulții cu un istoric de atașament grav dezorganizat și experiențe dereglatoare care au condus la un diagnostic de tulburare de personalitate de tip borderline. Ei indică provocările pe care această situație le ridică pentru terapeut, de vreme ce este posibil ca abordările psihoterapiei de explorare să nu facă altceva decât să deregleze și mai mult afectul pacientului. Ei propun o abordare de tratament bazat pe mentalizare, menit să dezvolte și să îmbunătățească funcționarea reflexivă a pacientului, în relația prezentă cu terapeutul.

## 26 Trauma relațională timpurie și efectele sale

Trauma poate fi definită ca o situație care este caracterizată de frică extremă, neajutorare, pierderea controlului și amenințarea anihilării. În aceste condiții sistemul omenesc de supraviețuire este activat și sprijinit de un lanț de procese neurofiziologice – luptă/fugă/înghețare sunt opțiunile de bază. Trauma poate fi asociată cu un eveniment unic sau catastrofal care are loc în orice moment de-a lungul vieții. Trauma poate fi de asemenea asociată cu evenimente în desfășurare care sunt invazive și care sunt asociate cu experiențe timpurii și dificultăți de atașament. Cercetări recente în domeniul neuroștiinței afective au demonstrat că istoricul de atașament al unei persoane afectează capacitatea acesteia de a face față traumei mai târziu (Schore, 1994; Siegel, 1999). Cercetările au arătat că atașamentul securizant – așa cum este evaluat prin procedeul ”situației neobișnuite” aplicat la 12 luni (Ainsworth et al., 1978) – funcționează ca un tampon împotriva creșterii stresului și a nivelului de cortizon (Schore, 1994).

O importanță particulară o are modul în care experiențele timpurii de atașament traumatizant influențează în mod negativ dezvoltarea emisferei drepte. Emisfera dreaptă este centrală pentru dereglările de excitație care caracterizează tulburarea de stres post-traumatic (PTSD). Interacțiunea timpurie cu un îngrijitor primar care nu este afectuos sau nu este acordat, induce copilului stări traumatice. Efectele acestor experiențe sunt stocate în sistemul de memorie implicit/operațional. Relația de atașament modelează în mod direct sistemul copilului de coping cu stresul, din emisfera dreaptă. ”Dacă ai nevoie să te simți conectat pentru a te putea vindeca, dar îți este prea frică să ai încredere pentru că ai devenit temător și dereglat în relații, atunci te-ai înțepenit. Acest cerc vicios îi menține pe oameni într-un ciclu constant de *singurătate* > abordare > teroare > evitare > singurătate” (Cozolino, 2006:230). Trauma din copilărie poate conduce la menținerea experiențelor și tiparelor de dezvoltare în memoria noastră implicită, cu dezvoltarea neuronală și integrarea fiind afectate și ne-integrate într-o manieră coerentă (Cozolino, 2006). Abilitatea noastră de a ne atașa și de a naviga cu succes prin lume depinde de abilitatea de a ne regla impulsurile și emoțiile. Construirea rețelelor neuronale de comunicare socială modelează rețele care manageriază reglarea, ceea se înseamnă că copilul necesită o comunicare emoțională stimulatoare cu îngrijitorul primar, pentru a sprijini acest proces.

## 27 Auto-reglarea și reglarea interactivă de-a lungul duratei vieții

Inspirate de cercetare relevantă și de literatură pe tema dezvoltării, am subliniat rolul cheie pe care experiența timpurie îl joacă în dezvoltarea persoanei și a mediului său relațional şi social. Scriitori, începând cu Bowlby, au subliniat de asemenea natura continuă a dezvoltării noastre şi modurile în care aceasta iese la iveală în diferite experiențe de-a lungul vieții. În timp ce deficiențele timpurii grave în schimbul relațional şi capacitățile de reglare asociate pot deveni extrem de întipărite și dificil de schimbat, trebuie de asemenea să ne aducem aminte de plasticitatea potențială a creierului, de importanța continuă a atașamentului de-a lungul vieții și de capacitatea de a crea cărări alternative în creier. Acestea se corelează cu evenimente comportamentale și de mediu care servesc pentru a oferi experiențe diferite și noi posibilități. Procesele de auto-reglare dezvoltate în copilărie nu sunt complet bătute în cuie.

## Partea 4

## DIMENSIUNI ALE AUTO-DEZVOLTĂRII

## 28 Sinele co-creat în relație

Focusul pe co-crearea sinelui în relație a fost dintotdeauna în inima abordărilor Gestalt și existențială. ”Umanitatea unei persoane este manifestă doar în relație dialogică cu alții” (Hycner și Jacobs, 1995:53). Spinelli (2007) accentuează din nou faptul că terapia existențială adoptă ”principiile asocierii”, care se referă la ”baza inter-relațională a întregii experiențe subiective” (p. 75). Inspirându-se din literatura variată pe acest subiect, Fonagy et al. (2002), venind dintr-o perspectivă de dezvoltare psihanalitică, concluzionează: ”Există un acord general că sinele există doar în contextul celuilalt; dezvoltarea sinelui este echivalentă cu agregarea experienței sinelui în relații” (p. 40). În acest sens ne creăm și ne dezvoltăm constant simțul de sine în relațiile noastre cu alții, bazați fiind pe trăsăturile mai permanente ale sinelui, care persistă de-a lungul timpului. Propriul simț al sinelui este dezvoltat în relații, prin multitudinea de interacțiuni cu îngrijitorii noștri primari, iar mai târziu cu egalii noștri și cu adulții semnificativi (inclusiv terapeuți) din viețile noastre. Ca temă centrală a muncii noastre, suntem atrase de această formulare a procesului psihoterapeutic: ”Întotdeauna există tensiunea de a privi materialul dialectic-intrapsihic și de a accepta și a explora aceste conflicte, încercând întotdeauna să ridicăm acest aspect la nivelul unei asocieri dialogice-interpersonale cu alții și cu lumea în general” (Hycner, 1993). În acest sens, experiența noastră interioară și exterioară sunt inter-conectate în mod intim și co-existente.

Kohut, fondatorul psihologiei sinelui, a privit conceptul de ”sine” ca pe un ”concept supra-ordonat”, și anume unul care este ”dincolo de cunoașterea empirică, o configurație care transcede suma părților sale, care are coeziune în spațiu și continuitate în timp” (Lee și Martin, 1991: 180). În acest sens este sinele care ne organizează experiența și ne oferă un simț al continuității existenței. Privim crearea organizării sinelui ca pe un proces constant, continuu și actualizator într-un câmp relațional, totuși sinele cuprinde de asemenea și trăsături durabile cum ar fi alcătuirea noastră genetică, stilurile de personalitate, obiceiurile, credințele înrădăcinate și modalitățile de configurare a experienței derivate din influențele familiale, sociale și culturale. Acest proces a fost explorat în detaliu în Partea 3, despre copilărie și dezvoltare.

Ideea unui simț al sinelui unitar a fost provocată de unele autorități în domeniu: ”Studii în domeniul dezvoltării copilului sugerează, de fapt, că ideea unui ‘sine’ unitar și continuu este de fapt o iluzie pe care mințile noastre încearcă să o creeze” (Siegel, 1999: 229), pentru a ne da un simț al siguranței în fața diversității exterioare și a multitudinii de cerințe contradictorii. Copilului i se cere să îndeplinească multe roluri diferite pentru a se putea adapta la diferite contexte sociale. În literatură există mai multe moduri de a privi acest fenomen: conceptul de ”subpersonalități” din psihosinteză (Whitmore, 2000); conceptul de ”stări ale ego-ului” din analiza tranzacțională (TA) (Berne, 1972); conceptul de ”multitudini ale sinelui” din Gestalt (Polster, 1995); și conceptul ”rolurilor

reciproce" din terapia analitică cognitivă (Ryle, 1990). Oricum, conceptul de multiple stări ale sinelui poate să meargă mână în mână cu o perspectivă a unui simț central al sinelui, fie acesta numit "sinele adevărat" (Winnicott, 1950, în Winnicott et al., 1989), o "stare de adult a ego-ului" (Berne, 1972), sau "sinele real" (Masterson, 1985).

În relația psihoterapeutică doi oameni aduc la întâlnire propria lor experiență internă, așa cum este întipărită în istoricul lor, și în contextul prezent; în limbajul teoriei inter-subiectivității, ei se identifică "într-un flux continuu de influență reciprocă comună" (Stolorow și Atwood, 1992). Dintr-o perspectivă centrată pe persoană este exprimat un sentiment asemănător: "O întâlnire la o profunzime relațională îi cere terapeutului să fie acea ființă umană unică și autentică: un celălalt solid și fundamental cu care clientul poate interacționa" (Mearns și Cooper, 2005). Reprezentările sine – celălalt ale lumii noastre interne constituie materialul de lucru în contextul relației terapeutice, unde există oportunitatea unei experiențe noi și vindecătoare. Grupul Boston de Studiu al Procesului de Schimbare (2008: 125) a accentuat importanța atât a "domeniilor implicite cât și reflexive-verbale" în orice proces de interacțiune între doi oameni. Acest proces de vindecare și schimbare care are loc atât la nivel explicit conștient verbal, cât și la nivel implicit, inconștient, non-verbal, rezultă în schimbări în experiența noastră de sine în relații cu alții și cu lumea.

## 29 Dimensiuni diferite ale experienţei sinelui

Cadrul nostru de lucru integrativ subliniază o sumă de aspecte diferite ale sinelui în relație. În orice moment dat sau într-un context specific, dimensiuni particulare ale sinelui se pot afla mai mult în focus în experiența unei persoane decât într-un alt moment sau într-un alt loc. Aceste arii ale experienței sinelui sunt în mod inevitabil interdependente și contribuie împreună la totalitatea propriei experiențe a sinelui. O problemă sau o deficiență într-un domeniu va influența inevitabil alte domenii și este posibil, de asemenea, să ne concentrăm mai mult pe un anumit domeniu, datorită experienței noastre relaționale, familiale și culturale din trecut. Diversele dimensiuni ale experienței de sine servesc ca bază pentru explorarea, înțelegerea și lucrul cu procesele sinelui în lumea noastră internă, în timp ce ne conectăm cu lumea externă. Oricum, este important să accentuăm inter-relaționarea intimă dintre aceste dimensiuni diferite ale experienței sinelui.

## 30 Aspectul biologic: relația sinelui cu corpul

Krueger (1989) folosește termenul ”sinele corporal” pentru a se referi la experiența unei persoane cu sinele încorporat, care include toate experiențele chinestezice ale aspectelor și proceselor corporale interne și externe. O experiență de atașament securizantă va conduce la un simț solid de a exista în propriul corp și la un sentiment de comfort în propria piele. Dezvoltarea sinelui corporal este strâns dependent de procesul delicat de acordaj între mamă și copil. Prin intermediul atingerii, a mângâierii și a mânuirii corpului copilului, mama îi transmite copilului, la nivel senzorial, un simț al sinelui corporal și a granițelor sale. Această experiență este interiorizată de copil ca bază a propriei imagini corporale: ”Sinele nostru este în primul rând și cel mai important un corp-așa-cum-este-experimentat-atunci-când-este-mânuit-și-ținut-de-alt-sine, cu alte cuvinte, sinele nostru este în primul rând și cel mai important un sine-corporal-în-relație” (Aron și Sommer-Anderson, 1998:20). Internalizăm maniera în care suntem mânuiți și în care ni se răspunde ca și copii mici, ceea ce ne influențează experiența sinelui corporal și simțul întrupat al sinelui în lume.

Dar, nu doar prin atingerea fizică este transmis acest acordaj, ci și prin ceea ce Stern numește ”afectele de vitalitate” ale mamei, prin calitatea răspunsurilor ei senzoriale, tonul și intensitatea vorbirii, fermitatea atingerii și timbrul vocii. Afectele de vitalitate pot fi transmise prin ”felul în care mama ia copilul în brațe, împăturește scutecele, își piaptănă părul sau părul copilului, se întinde după biberon, își descheie nasturii la bluză” (Stern, 1985a:54). Copilul va simți dragostea sau lipsa acesteia în această mânuire timpurie și ”imaginea corporală” se formează prin intermediul acestui proces interactiv. Într-o discuție despre forme ale semnificației relaționale în domeniile implicit și verbal-reflexiv, membrii Grupului Boston de Studiu al Procesului de Schimbare spun: ”Presupunem și acționăm ca și cum celălalt este o minte întrupată, ca și noi, cu intenții care pot fi multiplu exprimate și citite” (2008: 145). Acolo unde mama este ea însăși rușinată de propriile procese corporale de bază, ea poate transmite această rușine copilului, atunci când îl mânuiește: ”dacă există supra-stimulare sau sub-stimulare, încep distorsiuni sau ne-formări ale sinelui corporal, iar acestea pot rezulta mai târziu în tulburări narcisice” (Krueger, 1989: 6). Dacă rușinea este asociată cu procesele corporale de bază, este posibil ca acest lucru să afecteze de asemenea și alte arii ale dezvoltării sinelui, precum și să împiedice o integrare eficientă a emoțiilor, a cognițiilor și a experienței senzoriale.

Este important ca în evaluarea mișcărilor fizice, a expresivității și a atitudinii față de procesele corporale să luăm în calcul cultura și contextul în care este crescut un copil. Este ușor să patologizăm un răspuns care este în contradicție din punct de vedere cultural cu propriul nostru răspuns. De exemplu, în cazul unor oameni care trec dintr-o cultură în care se practică foarte mult atingerea, într-o cultură în care atingerea este foarte rar folosită, este foarte tentant să privim ușurința lor de a atinge ca pe o dovadă de invadare a spațiului celuilalt, așadar, ca pe o dovadă de disfuncție.

## 31 Aspectul intrapsihic: relația sinelui cu sinele

În termenii tărâmului intrapsihic, ne concentrăm asupra relației dintre sine ca subiect și sine ca obiect. Sinele ca subiect se referă la ”Eu” care mă observă, mă organizează și mă structurează pe ”Mine”, conceptul meu de sine, reprezentarea mentală a mea așa cum operez în lume, o perspectivă a propriei persoane ca obiect între alte obiecte (Fonagy et al., 2002). Aron (1998/2000: 5) se referă la ”Eu” ca ”sinele-care-cunoaște”, sinele ca subiect și ca agent. Aceasta pentru el vine în contrast cu ”Mine” – pe care el îl descrie ca fiind ”tot ceea ce o persoană poate ști despre sine prin propria observație sau prin feedback de la alții…aspectul mai obiectiv al sinelui” (p. 5). Cea mai mare parte a literaturii psihologice se concentrează asupra sinelui-ca-obiect, asupra felului în care mă percep pe mine printre alții, asupra propriului concept de sine. Mai puțină atenție a fost acordată sinelui ca cunoscător, ca subiect și organizator al experienței mele. Fonagy et al. (2002) consideră că este un punct de referință în dezvoltare semnificativ atunci când un copil dezvoltă o ”teorie a minții”, simțul că este un ”Eu” în relație cu ”Eu”-l celuilalt, care are gânduri, sentimente, intenții, etc. diferite de ale mele, proces care sprijină funcționarea reflexivă și procesul mentalizării.

Atât Aron (1998/2000) cât și Fonagy et al. (2002) se concentrează asupra importanței funcției de reflecție care este la baza propriei construcții a sinelui. Aron descrie reflexia de sine ca fiind ”capacitatea de a experimenta, observa și reflecta asupra propriei persoane atât ca subiect cât și ca obiect” (Aron, 1998/2000: 3). El privește acest proces dialectic de experimentare a propriei persoane atât ca subiect cât și ca obiect ca fiind un proces integrat atât cognitiv cât și afectiv. În funcționarea eficientă o persoană se poate angaja într-un dialog fluent între aceste două polarități ale sinelui ca subiect și sinelui ca obiect și poate trece cu ușurință de la una la cealaltă. Acest lucru stă la baza empatiei și a capacității de a se vedea pe sine în relație cu alții într-un mod echilibrat. Patologia poate fi privită ca incapacitatea de a conține ambele polarități și de a menține tensiunea dintre ele; o deficiență a funcției reflexive. O persoană se poate opri la o extremă sau alta și poate experimenta dificultăți în a menține în minte cealaltă polaritate. De exemplu, o supra-accentuare a polarității ”Eu” poate rezulta într-un focus prea mare asupra sinelui subiectiv, cu o capacitate redusă de a se vedea pe sine ca pe un obiect între altele, iar aceasta poate rezulta într-o formă de absorbire de sine care conduce o persoană către a fi inconștientă de impactul său asupra altora și o poate duce la ignorarea nevoilor altora. O supra-accentuare a polarității ”Mine” poate determina o persoană să simtă că are un simț al sinelui redus, un sentiment că plutește în derivă într-o lume a altora, doar un alt obiect într-o lume de obiecte, la mila mediului, fără drepturi pentru propriile nevoi. Acest lucru poate conduce la depresie și la un sentiment de zădărnicie. Într-o funcționare sănătoasă, o persoană va avea abilitatea de a conține ambele polarități, de a păstra un sentiment al valorii de sine și al propriei mijlociri, și va experimenta de asemenea un simț al sinelui între alții, de a fi o parte a lumii altora. Ogden (1994) indică felul în care folosirea metaforei create de ”Eu” îmbunătățește capacitatea de a-l experimenta pe ”Mine” din experiența mea de sine. Gândiți-vă la impactul unor metafore cum ar fi ”Sunt arhitectul propriului meu destin”, ”Eu sunt o pată în peisajul vieții”, ”Sunt un ciudat”, în contrast cu ”Pe scena vieții sunt multe acte și intenționez să particip pe deplin la toate împreună cu colegii mei actori”, ”Sunt o parte din tot ceea ce întâlnesc”. Lucrăm frecvent în terapie cu astfel de metafore, care sunt aduse de clienți și care rezumă esența experienței lor în lume.

Teoriile relațiilor obiect se ocupă cu procesul prin care ne internalizăm relațiile interpersonale și le înregistrăm în memorie. Introiectăm în lumea noastră internă alți oameni semnificativi din primii ani de viață, care continuă să exercite o puternică influență asupra noastră , ca obiecte interne în propria viață mentală. Acest proces oferă materialul pentru dialogurile noastre intrapsihice. În acest sens, conceptele de stări ale ego-ului de ”Părinte, Adult și Copil” din Analiza Tranzacțională (TA), sunt în mod particular folositoare. Părintele reprezintă figurile influente internalizate din primii noștri ani . Se poate ca în mod inconștient să ne comportăm și să sunăm ca unul

dintre părinții noștri în interacțiunile noastre cu alții, intrând în starea ego-ului a Părintelui nostru. Atunci când regresăm la un mod de exprimare care face parte din propria experiență istorică a sinelui, atunci suntem în starea ego-ului de Copil. Aceasta se poate întâmpla în afara stării de conștientizare și poate conduce la o reacție care poate, sau nu poate fi potrivită situației prezente. Dacă revenim la o stare a ego-ului a Copilului traumatizat sub presiune, se poate să pierdem tot simțul contextului prezent și să fim prinși în propria lume internă într-un proces numit ”echivalență psihică” de către Fonagy et al. (2004: 56). Starea ego-ului de Adult se referă la capacitatea noastră de a răspunde adecvat, în contextul prezent, celuilalt , experienței aici-și-acum, din poziția de participant, poziția ”Eu” descrisă mai sus. Conceptul sinelui și al altor obiecte, sau, din perspectiva TA, al stărilor ego-ului, nu numai că ne oferă o înțelegere a propriului dialog intrapsihic, pe măsură ce conversăm în mintea noastră între diferitele stări ale ego-ului sau stări ale minții, dar ne oferă de asemenea o modalitate de a analiza interacțiunile noastre cu alții. Credem că întotdeauna există o legătură intimă între dialogul intern și interacțiunile externe cu lumea, și de care oamenii pot fi mai mult sau mai puțin conștienți în viața de zi cu zi.

## 32 Aspectul interpesonal și intersubiectiv: relația sinelui cu alții

Doi oameni aduc la întâlnirea lor propria experiență internă, așa cum aceasta este întipărită în istoricul lor și în contextul prezent, ”într-un flux continuu de influență reciprocă comună” (Stolorow și Atwood, 1992: 18). Într-un astfel de model de relații umane se presupune că realitatea personală este întotdeauna co-determinată de relație și de semnificațiile unice pe care fiecare persoană le aduce în întâlnire, iar apoi de semnificațiile construite în comun între participanți. Acest lucru va fi adevărat în toate relațiile, inclusiv în relația psihoterapeutică.

Acceptăm că funcția reflexivă, abilitatea de a înțelege stările mentale ale celuilalt, atât de bine descrisă de Fonagy et al. (2004), are o importanță critică în a face posibilă interacțiunea constructivă comună cu alții. Dezvoltându-și capacitatea de a ”citi” mințile altora, copii sunt capabili să aprecieze ”credințele, sentimentele, atitudinile, dorințele, speranțele, cunoștințele, imaginația, prefăcătoria, înșelătoria, intențiile, planurile” oamenilor pe care îi întâlnesc (Fonagy et al., 2002: 24). Dezvoltându-ne această capacitate de mentalizare, ne dezvoltăm de asemenea și capacitatea de a-i experimenta pe alții ca fiind diferiți de noi înșine. Această conștientizare a stărilor mentale ale celor din jurul nostru ca fiind diferite de ale noastre ne ajută să construim reprezentări mentale interne ale sinelui-și-altora care formează baza relaționării noastre interpersonale. Eșecul acestei funcții reflexive, atunci când este subminată de traumă, deraieri temperamentale și dereglări ale afectului, rezultă în patologie. Eșecul de a manageria stările mentale poate conduce o persoană la a pune în scenă ceea ce aceasta este incapabilă să reprezinte sau să simbolizeze în limbaj. Un țel central în întreaga psihoterapie este construirea sau repararea funcției reflexive.

Stilul nostru caracteristic de atașament (Bowlby, 1988) sau stilul de contact care evoluează din acesta (Wheeler, 1991) va influența maniera caracteristică în care îl abordăm pe celălalt și interpretăm lumea din jurul nostru. Intrăm într-o situație nouă cu un set stabilit de ”principii organizatoare” care ne pot predispune să vedem lucrurile într-o manieră particulară. Oricum, contextul sau relația particulară sunt acelea care determină care anume din acest dispozitiv de principii va fi cel ales să organizeze experiența. ”Organizarea experienței poate așadar fi văzută ca fiind co-determinată atât de principiile existente cât și de contextele în desfășurare care favorizează unul sau altul în detrimentul celorlalte” (Stolorow și Atwood, 1992: 24). O altă perspectivă asupra acestui proces vine din perspectiva stărilor ego-ului: într-o întâlnire interpersonală eu interacționez cu tine din starea de Părinte, Adult sau Copil, fie în mod conștient sau inconștient. Propriile stări ale ego-ului sunt rezultatul propriei istorii interpersonale și reprezintă modalități de a interacționa cu lumea care pot deveni fixe sau rigide. O ”cădere” inconștientă într-o stare a ego-ului de Părinte sau Copil poate duce la o întâlnire interpersonală disfuncțională, numită de Berne (1961) ”jocul” psihologic, care în mod inevitabil conduce la un rezultat negativ pentru ambele tabere.

## 33 Dimensiunea interculturală: cultură, rasă și contextul lărgit

În perspectiva noastră, o sensibilitate față de problemele legate de rasă, cultură și context este esențială pentru o psihoterapie eficientă și etică. De asemenea, vom include aici și o conștientizare a istoricului personal al clientului precum și istoricul familiei sale extinse, pentru că acestea vin cu el în cabinet. Mulți clienți aduc cu ei efectele traumei inter-generaționale sau ale scenariilor trans-generaționale în relațiile lor prezente, ceea ce poate sta la rădăcina celei mai mari părți a experienței lor prezente în lume (Rupert, 2008). La un nivel mai larg, suntem conștiente de înclinația către reducționismul individual și psihologic în psihoterapie, cu un supra-accent istoric asupra intrapsihicului în dezavantajul socialului. Elanul psihoterapiei umaniste a fost de asemenea propulsat în parte de un reducționism individualist care hrănește mitul că indivizii sunt ființe separate și autonome, capabile de a face alegeri independente, fără legătură cu factorii istorici, sociali sau politici. Asemenea idealism nu ia în considerare efectele constrângătoare ale sărăciei, ale lipsei de oportunități educative, ale luptei de clasă sau ale inegalităților structurale din societatea noastră. În multe condiții, idea de control individual pur și simplu nu poate fi adoptată. Mai departe, așa cum Pilgrim (1997) subliniază, ”deoarece ședințele întâlnirilor psihoterapeutice au loc în mod tipic și deliberat pe teritoriul terapeutului, toate relatările personale sunt deconectate, cel puțin din punct de vedere spațial, de contextul zilnic al clientului” (pp. 17-18). El merge mai departe subliniind că inovatorii cheie în dezvoltarea gândirii și practicii psihoterapeutice au fost porecliți de criticii feminiști ca DWEM – Dead, White European Males (Masculi Europeni Albi, Morți)! Este de asemenea demn de notat că problemele în ceea ce privește rasa și cultura nu au fost adresate în mod direct în literatura dominantă despre diferitele orientări teoretice în psihoterapie. A trebuit să fie înființat un domeniu critic separat pentru ca acestor probleme să li se dea atenția pe care o merită (de ex. Lago, 1996; Littlewood și Lipsedge, 1997; Kareem și Littlewood, 2000). Numeroase opresiuni pătrund în societatea noastră și, ca urmare, își găsesc drumul către cabinetul de consultații. Domenii relevante includ: rasă, cultură, etnie, gen, orientare sexuală, dizabilități, vârstă, clasă socială, educație, religie, accent, mărime corporală și chiar profesie. Pare foarte clar pentru noi că o descriere bogată și ”groasă” (Geertz, 1975) a oricărui material cazuistic în psihoterapie trebuie să includă atât o perspectivă individuală cât și una socială/contextuală, și că psihoterapeuții au nevoie să fie deschiși la reflecție critică asupra muncii lor, într-un mod care provoacă aspectele potențial opresive ale acestei profesii (Dhillon-Stevens, 2005). Aceasta include o deschidere către a reflecta critic dar și sensibil cu clienții.

## 34 Dimensiunea transpersonală

Domeniul transpersonal reprezintă o arie cu o întindere largă și care uneori evocă ceva mai degrabă mistic, care nu este în domeniul cercetării serioase sau a ”practicii bazate pe dovezi”. Perspectiva noastră este aceea că, în general, clienții vin la noi cu un simț al deconectării care este reflectat într-o formă de fragmentare între minte, trup și spirit. Fiind implicați în acest fel de fragmentare înseamnă că trebuie, pe bună dreptate, să includem și o preocupare pentru domeniul spiritual al experienței. Într-o societate care este dominată de ego și de preopcupările narcisice asociate, este tentant să lăsăm acest aspect în seama preocupărilor personale sau a activităților percepute ca și ”cult”. Totuși, un număr mare de scriitori importanți au adus contribuții semnificative la această arie de teorie și practică. Ei ne provoacă să privim dincolo de individul izolat și de preocupările determinate de ego și să considerăm implicarea noastră în ceva potențial mai măreț decât noi înșine. Hycner (1993) critică accentul exagerat din societatea noastră pe rațional și pe dezvoltarea separării. El subliniază natura fragilă a acestui accent, punctând că această fragilitate le cere indivizilor să fie constant în gardă pentru a menține aceste iluzii. El susține că:

> Reprimarea spiritualității crează de asemenea o societate extrem de anxioasă, și indivizi anxioși. Atunci când oamenii sunt deconectați de la un sentiment al relației cu alții și cu un sens mai larg al realității, ei experimentează anxietate și deșertăciune. O asemenea izolare psihologică crează un vid care tânjește să fie umplut. De vreme ce nu poate fi umplut cu ceea ce dorește, trebuie să găsească un substitut. Dar, acel substitut – bani, droguri, sex, chiar televiziune – poate doar să creeze un dor și mai mare.
>
> (p. 85)

Există o sumă de abordări diferite în literatura despre psihoterapia transpersonală și multe dintre acestea sunt rezumate de Rowan (2005). El îl subliniază pe Carl Jung ca fiind primul scriitor care a folosit termenul ”transpersonal” și punctează că ”el a făcut să fie respectabilă…o întreagă gamă de experiență care fusese exclusă pentru că fusese numită nebună sau ciudată” (p. 29). Sistemul de psihoterapie al lui Assagioli, numit psihosinteză, include în mod explicit elementul conștiinței înalte și face includerea transpersonalului o parte centrală a formării în psihoterapie (Assagioli, 1975). Alte domenii relevante pentru o poziție integrativă includ psihologia sacră a lui Jean Houston (Houston, 1982), tradiții ale hipnozei care includ scriitori ca Milton Erickson (Rosen, 1982), scriitori ai tradiției umaniste ca Maslow (1987) care a fost responsabil pentru introducerea psihologiei transpersonale în gândirea psihologică dominantă, și mai recent Ken Wilber (Wilber, 2006). Unele abordări sunt preocupate cu obținerea unui simț individual al transpersonalului, în timp ce altele se concentrează mai explicit pe tărâmul relațional. Munca lui Martin Buber intră în cel de-al doilea domeniu și reprezintă o arie semnificativă pentru psihoterapie în mod particular (Buber, 1923/1996), prin așezarea transpersonalului în cadrul domeniului conectării și cu accentul pe Eu – Tu și pe Eu – Aceasta. Aceste idei se încadrează în domeniul psihoterapiei dialogice, dezvoltată de Hycner (1993) și colegii săi. Reflectând asupra ideilor lui Buber și asupra naturii lui ”între”, Hycner declară: ”Acele momente de întâlnire interpesonală profundă ne duce la marginea sacrului” (p. 91). Această idee că întregul unei întâlniri psihoterapeutice este mai mare decât suma părților sale este importantă și poate fi asociată în termeni neuroștiințifici cu schimburi afective și cu conexiuni ale emisferei drepte. Smith (2006) atrage de asemenea atenția asupra cercetării neurobiologice și asupra legăturii acesteia cu transpersonalul. În cadrul câmpului mai larg, putem de asemenea reflecta asupra naturii multiculturale a societății noastre, și asupra faptului că multe culturi nu gândesc în termenii unei ființe individuale separate de comunitatea sa, un fapt care are implicații importante pentru domeniul sănătății mintale. Doar recent serviciile din domeniul sănătății mintale au început să considere relevanța și importanța domeniului spiritual (Copsey, 2006). Integrarea ideilor culturale este de asemenea reflectată în contribuțiile la literatura din psihoterapie, care aduce laolaltă aspecte cheie ale gândirii estice și vestice (Brazier, 1995; Epstein, 1995).

## 35 Hărți relaționale internalizate: RIG, schemă și modele ale travaliului interior

Pe măsură ce experimentăm relații cu persoane semnificative, așezăm în rețelele de memorie ale legăturilor relaționale ceea ce numim ”hărți relaționale”. Tiparul relațional central, numit ”schema interpersonală de bază” (Beitman, 1992: 207), include o rețea de credințe pe care persoana le are despre sine, despre alții și despre natura

relației cu propriul ton afectiv distinctiv. Elementele de bază ale shemei interpersonale de bază sunt două figuri în relație una cu cealaltă. De obicei una este dominantă și cealaltă este submisivă (Beitman, 1992: 207). Schema interpersonală de bază cuprinde propria noastră perspectivă unică despre noi înșine ca oameni asociați cu așteptările noastre de la alții. Discuția lui Ryle despre ”procedurile rolului reciproc” în terapia cognitiv-analitică preia un concept similar de roluri asociate în lumea internă a persoanei, bazată într-o tradiție relații obiect. Un alt concept înrudit este ”sistemul racket” în analiza tranzacțională (Erskine și Zalcman, 1979), care se concentrează pe tiparele disfuncționale repetitive ale interacțiunilor pe care persoana le derulează compulsiv. Acest concept al sistemului racket constă din trei câmpuri înrudite și în interacțiune. Primul este sistemul de credințe intern al persoanei alcătuit din credințe fixate despre sine, alții și despre calitatea vieții, cu un ton emoțional asociat. Al doilea este câmpul comportamental, modurile în care tiparul fixat este derulat în lumea relațiilor, adesea într-o manieră repetitivă. Al treilea este câmpul amintirilor pe care oamenii le ”colecționează” și le depozitează și pe care le ”folosesc pentru a dovedi” credințele de bază. Acesta este un proces circular repetitiv și atunci când persoana este prinsă în acest ciclu, va respinge orice informație care nu sprijină sistemul.

”Sistemul racket” sau ”schema interpersonală de bază” este bazată pe experiențele din copilărie și nu este departe de conceptul lui Stern (1985b) al unei reprezentări a interacțiunilor care au devenit generalizate (RIG). Reprezentarea generalizată nu este o amintire specifică, ci mai degrabă o distilare abstractă a unui număr de amintiri specifice care împărtășesc componente similare. ”Este o structură despre cursul posibil al evenimentelor, bazată pe experiențele obișnuite. În consecință, crează așteptări în ceea ce privește acțiuni, sentimente, senzații, și așa mai departe, care pot fi fie împlinite, fie violate” (Stern, 1985b: 97). Asemenea RIG-uri ne influențează așteptările în ceea ce privește relațiile viitoare și, dacă sunt bazate pe experiențe traumatizante, ne vor influența perspectiva într-un mod negativ. Dacă totuși o persoană este îndeajuns de norocoasă să crească într-un ”mediu cu așteptări obișnuite”, unde există o bază de încredere și o evaluare realistă a slăbiciunilor și puterilor omenești (Winnicott, 1989: 195), atunci ea este mai predispusă să dezvolte RIG-uri care îi vor fi de folos în a-și împlini nevoile în relații; de exemplu ”mulți oameni sunt de încredere, generoși și deschiși față de alții”. Dar, pentru aceia care ”poartă cu ei toată viața experiențe de anxietate de negândit, și un deficit în departamentul încrederii introiectate” (Winnicott, 1989: 196), așteptările în ceea ce privește relațiile sunt predispuse la a fi infectate de acest lucru. De exemplu, ”după acea experiență înfricoșătoare și dureroasă, am hotărât să nu mai am încredere în nimeni niciodată”. Schema interpersonală de bază este la baza conceptului de sine al persoanei și influențează toate dimensiunile sinelui descrise mai devreme. Acestea vor fi evidente în relația terapeutică, în termenii fricilor clientului și a așteptărilor pe care le are de la sine și de la alții. Pentru mulți dintre noi, aceste tipare se vor pune în funcțiune în momente de stres, atunci când ne simțim vulnerabili sau că suntem scrutinizați, dar pentru alții acestea pot fi mult mai atot-cuprinzătoare și pot influența majoritatea interacțiunilor cu ceilalți.

## 36 Dezvoltarea unei narațiuni pentru a atribui sens vieții - și psihoterapiei

O narațiune este o ”poveste” despre lumea noastră și despre experiența noastră în ea de-a lungul timpului. Este bazată atât în limbaj cât și în experiența noastră fenomenologică și contextuală. Există un interes crescând în narațiune în psihoterapie, dintr-o mulțime de perspective. Într-un studiu interesant asupra narațiunilor copiilor în vârstă de la patru la șase ani, Daniel Stern (2003) a comparat experiențele înregistrate pe video cu reconstrucțiile

acestora, după eveniment, în conversația cu mama. Lucrul frapant la această cercetare a fost modul în care co-construirea a funcționat ca o strategie de reglare în termeni de dezvoltare a narațiunii familiei, subliniindu-se astfel o experiență construită social (vezi Berger și Luckmann, 1966; Gergen, 2009). În ediția din 1985 a cărții sale, Stern a popularizat noțiunea de RIG. În a doua ediție a cărții, Stern (2003) declară că acum preferă să vorbească despre ”modalități de a fi cu”, o formulare care accentuează mai de grabă experiența trăită decât o structură nesigură. Acest lucru indică o dificultate în atât de multe din formulările și narațiunile noastre și aduce în prim plan un aspect cheie al abordării integrative  și importanța abordării sensibile a structurilor de limbaj, știind că, în acțiune, ele nu vor fi atât de simple.

O altă perspectivă asupra narațiunii este oferită de cercetarea asupra experienței traumei și a modurilor în care o narațiune coerentă a vieții unei persoane devine dificilă în acele evenimente anume, nu poate fi situată istoric într-o zonă particulară de timp. Transcrieri provenite de la Interviuri de Atașament Adult, în legătură cu tipare de atașament adult nerezolvate/dezorganizate, scot la iveală acest lucru într-un mod foarte frapant. Etherington (2003) oferă o perspectivă puțin diferită, subliniind importanța folosirii unei abordări narative în derularea cercetării calitative asupra experienței traumatizante. Interese care au luat amploare recent în ceea ce privește constructivismul social și perspectivele post-moderniste asupra psihoterapiei prezintă analize bazate atât pe ideea prezentării clientului cât și pe context ca întreg, ca fiind genuri particulare de povestiri întipărite social (McNamee și Gergen, 1992). McLeod (1997), într-o evaluare a naturii radicale a unor asemenea perspective, declară:

> Recunoașterea fundațiilor culturale ale terapiei schimbă concentrarea atenției. Întâlnirea terapeutică nu mai este doar un ”tratament”, ci poate fi privită ca un eveniment conversațional și narativ, una din arenele de multe feluri de prezentare a povestirilor, care sunt la dispoziția membrilor unei culturi. Înțelegerea terapiei în acest mod necesită o schimbare brutală a perspectivei pentru mulți oameni formați în metodele și presupunerile psihoterapiei moderne.
>
> (p. 27)

Din perspectiva cadrului de lucru integrativ pe care am stabilit-o în această carte, salutăm idea de a fi sensibili față de noțiunea de adevăr și de a adopta continuu o abordare interogativă, în care contextul și o arie de presupuneri teoretice și personale pot fi subliniate, discutate și criticate.

## 37 Mentalizarea: dezvoltarea funcției reflexive

Fonagy et al. (2004) definesc mentalizarea ca ”procesul prin care ne dăm seama că a avea o minte mediază experiența noastră în lume” (p. 3) și ei privesc acest proces ca fiind esențial pentru auto-organizare și reglarea afectului. Ei consideră că funcția reflexivă implică atât o componentă auto-reflexivă cât și una interpersonală, cuprinzând abilitatea de a face diferența între realitatea internă și cea externă, între fantezie și realitate, și procese emoționale interne provenind din interacțiunile interpersonale. Dezvoltând o ”teorie a minții”, copilul dezvoltă

progresiv o imagine, un simț al minții altor oameni, care îi permit să reacționeze la ”*concepția* sa despre credințele, sentimentele, atitudinile, dorințele, speranțele, cunoașterea, imaginația, prefăcătoria, înșelătoria, intențiile, planurile, și așa mai departe, ale altor oameni” (Fonagy et al., 2004: 24, italic în original). În acest fel, copilul începe să experimenteze comportamentul altor oameni ca fiind previzibil și semnificativ. Funcția reflexivă operează în afara conștienței și are legătură cu abilitățile pe care le câștigăm și care devin o parte din memoria noastră implicită, non-voluntară și operațională, care ne influențează comportamentul social și ne modelează reacțiile față de alții.

Ei consideră trei procese implicate în dezvoltarea capacității de mentalizare: pretinderea, vorbirea și interacțiunea cu grupul de egali. În *jocul pretinderii* reprezentări care sunt diferite de realitate sunt împărtășite oricum de către aceia care sunt angajați în jocul pretinderii. Adultul menține cadrul realității externe în timp ce reflectă starea mentală a copilului, așa încât în joc are loc o transformare simbolică a realității. Se crede că acest proces îl va asista ulterior pe copil în înțelegerea situațiilor care nu sunt doar diferite de realitatea sa curentă, dar, de asemenea, nu sunt împărtășite în domeniul social al pretinderii. Jocul, așadar, are funcția de a indica existența unei perspective alternative. *Vorbirea*, în special conversațiile despre sentimente și motive care stau în spatele acțiunilor oamenilor, este de asemenea de ajutor în dezvoltarea funcției reflexive. În cele din urmă, *interacțiunea cu grupul de egali* oferă altă sursă bogată de înțelegere a modului în care funcționează mintea și a felului în care oamenii gândesc, simt, pretind și își imaginează diferit

Fonagy et al. (2004) folosesc termenul ”echivalență psihică” pentru a descrie așteptările pe care le are copilul, atunci când este într-un cadru mental serios, că lumea sa interioară și cea a altora se vor potrivi cu realitatea externă. În joc copilul știe că experiența internă se poate să nu se potrivească cu realitatea externă, dar în acest caz starea internă nu este considerată a avea vreo legătură cu lumea externă. În dezvoltarea normală copilul va integra progresiv aceste două moduri de funcționare, pentru a ajunge la o stare de mentalizare sau la o capacitate reflexivă. În urma acestei integrări, realitatea internă și cea externă pot fi privite ca fiind legate, și totuși fiind diferite în moduri importante, cu o sofisticare dincolo de modul de funcționare al echivalenței psihice.

## 38 Procesele și disocierea memoriei traumatice

În discuțiile anterioare am făcut trimitere la fereastra de toleranță a unui individ (Siegel, 1999; Ogden et al., 2006) și la implicațiile pe care le are o supra-încărcare a sistemului nervos autonom (ANS), și care poate împinge persoana în mod semnificativ în afara acestei ferestre. Acest lucru conduce fie la hiper-excitarea sistemului nervos simpatic (SNS), fie la hipo-excitarea sistemului nervos parasimpatic (PNS), cu potențialul de a afecta procesul normal al amintirii. În condiții grave, atunci când o persoană se confruntă cu o situație traumatizantă, care îi amenință viața, ea are o reacție de fugă, luptă sau înghețare. Schemele de memorie existente sunt adesea incapabile

să acomodeze experiențele extrem de înfricoșătoare, așa încât acestea sunt depozitate diferit și sunt disociate de memoria obișnuită verbală autobiografică (declarativă). Memoriile normale verbale sunt procesate via hippocampus, care repartizează experiențele pe categorii semantice, în termeni de spațiu, timp și context. În timpul evenimentelor traumatizante hippocampusul este suprimat în interesul unei reacții rapide, așa încât memoriile traumatice sunt libere de context (van der Kolk et al., 1996; Rothschild, 2000). Dacă avem sprijinul și oportunitatea necesare pentru a procesa aceste experiențe într-un loc în care suntem în siguranță, atunci vom putea fi capabili să le înțelegem, să creăm o narațiune coerentă, să integrăm aceste experiențe în povestea vieții noastre și să le depozităm ca pe memorii autobiografice. În orice caz, dacă trauma este prelungită și există un stres continuu, suprimarea hippocampusului se va menține și noi vom rămâne cu asocieri lipsite de context, guvernate de sistemul limbic, și pe care nu le putem localiza în timp și spațiu. Ca urmare, putem manifesta amnezie față de detalii specifice ale experienței traumatizante, dar încă experimentăm semnalele codate asociate traumei, ca flashback-uri senzoriale, izbucniri impulsive de emoții, sau vise înfricoșătoare, printre altele. Ne pierdem capacitatea de reglare a afectului și abilitatea de a evalua pericolul și putem reacționa ca în fața unei amenințări cu moartea la orice indicație internă sau externă care are vreo asemănare cât de vagă cu evenimentul original. Prin urmare, oamenii traumatizați ”tind să meargă imediat de la stimul la reacție fără să fie capabili să-și dea seama de ceea ce se întâmplă: ei răspund cu reacții de luptă-sau-fugă. Aceasta îi face să înghețe, sau, alternativ, să reacționeze exagerat și să-i intimideze pe alții ca răspuns la provocări minore” (van der Kolk et al., 1996: 219). Indivizii traumatizați au tendința să reacționeze la hiper-excitarea lor constantă prin închidere și evitarea unor anumite situații tulburătoare și prin amorțire emoțională, care are o componentă neurobiologică. Opioide endogene care inhibă durerea și reduc panica sunt secretate în urma expunerii prelungite la stres. Acest proces reduce impactul conștient al durerii dar interferează cu depozitarea memoriei. Tulburarea de stres post-traumatic (PTSD) apare în urma evenimentelor extrem de supărătoare și care nu au fost procesate.

Stresul intens este acompaniat de eliberarea de neurohormoni asociați stresului, care ajută organismul să se mobilizeze în fața amenințării. Oricum, stresul persistent inhibă eficiența acestor hormoni de stres și duce la desensibilizare și disociere. Disocierea se referă la o ”compartimentare a experienței: elementele unei traume nu sunt integrate într-un tot unitar sau într-un simț al sinelui integrat” (van der Kolk et al., 1996: 303). Persoana se poate întoarce la un simț al sinelui ”normal” dar să-i lipsească memoria evenimentelor traumatizante. Autorii de mai sus se referă la trei tipuri diferite de disociere, pe care ei le privesc ca pe fenomene mentale asociate. Disocierea primară se referă la o situație în care elementele senzoriale și emoționale ale unui eveniment pot să nu fie integrate în personalitate și să rămână izolate de conștiența obișnuită și de narațiunea personală în curs. Disocierea primară este caracteristică PTSD, unde experiențele disociate pot pătrunde în formă de flashback-uri, coșmaruri sau alte amintiri invadatoare. Această stare este numită uneori desensibilizare în terminologie Gestalt: ”Sinele concentrat se simte anesteziat și amorțit. Aici senzațiile și sentimentele sinelui sunt slăbite, neluate în seamă sau chiar neglijate” (Clarkson, 1989: 51).

Disocierea secundară implică o separare între ego-ul care observă și ego-ul care experimentează, așa încât persoana se privește pe ea însăși de la distanță. Unii oameni relatează cum și-au părăsit corpul în momente de traumă extremă și s-au observat pe ei înșiși din exterior (van der Kolk et al., 1996). În acest fel persoana nu este conectată cu sentimentele și emoțiile sale, asociate traumei. Disocierea terțiară se referă la situația în care ”oamenii dezvoltă stări ale ego-ului distincte care conțin experiența traumatizantă, și care consistă din identități complexe cu tipare cognitive, afective și comportamentale distincte” (van der Kolk et al., 1996). Acest lucru se întâmplă în tulburarea de identitate disociativă (DID), unde pot exista fragmente multiple de identitate disociată. Van der Hart et al. (2006) indică faptul că în literatura clinică sunt folosiți mulți termeni diferiți pentru a descrie ceea ce ei preferă să numească ”stări disociative”. Alți termeni folosiți sunt stări ale ego-ului, stări ale sinelui disociate, stări de identitate disociativă, stări de personalitate disociativă, personalități alter sau alteri, sine disociat sau disociativ, și identități disociative (Van der Hart et al., 2006: 30). Unele dintre aceste stări experimentează, stochează și relatează aspecte ale incidentelor traumatizante în timp ce altele rămân inconștiente față de experiențele de nesuportat.

După Myers (1940), Nijenhuis et al. (2004) și Van der Hart et al. (2006) folosesc termenii ”sine aparent normal sau ANP” pentru a descrie partea personalității care este supraviețuitorul și se angajază în sarcinile normale ale vieții cum ar fi a avea copii, atașamentul, îngrijirea și alte acțiuni sociale care sprijină viața de zi cu zi. Ei folosesc termenul EP – ”partea emoțională a personalității” (Van der Hart et al., 2006: 30) pentru a descrie acele părți disociative ale personalității care cuprind amintirile traumatizante și care sunt blocate în trecut. Asemenea EP-uri se prezintă în mod tipic cu reacții emoționale primitive la amenințări asociate cu evenimentele traumatizante originale. Tulburările disociative pot apărea foarte devreme în viață, așa încât aceste ”alter-uri” pot data atât din anii foarte timpurii cât și din ultimii ani ai dezvoltării. Van der Hart et al. (2006) au descris trei tipuri de disociere structurală: disocierea structurală primară, în care există un ANP și un EP; disocierea structurală secundară, unde există un ANP care implică cea mai mare parte a funcționării personalității și un EP observator (dar unii oameni pot avea câteva EP-uri, de vreme ce seturi diferite de experiențe traumatizante au tendința de a fi conținute în EP-uri diferite); disocierea structurală terțiară pare să implice nu doar mai multe EP-uri, dar și mai mult de un ANP. Ei sugerează că acest al treilea tip de disociere este ”caracteristic pentru tulburarea de identitate disociativă (DID), o tulburare asociată în mod primar cu o traumatizare severă și prelungită din copilărie” (p. 73).

# Partea 5

# FORMULAREA PROBLEMELOR PENTRU PSIHOTERAPEUTUL INTEGRATIV

## 39 Inspirarea dintr-o arie de concepte pentru formularea problemei

Formularea problemei este o ”poveste” pe care o construim în colaborare cu clientul, pentru a putea înțelege problemele cu care se prezintă clientul. Îmbarcându-ne în această misiune apreciem că sunt trei domenii inter-

conectate pe care trebuie să le luăm în considerare: unicitatea prezentării acestui client; trăsături pe care acest client le poate împărtăşi cu alţii care prezintă probleme similare; şi elemente universale ale experienţei atât de bine descrise de şcoala de gândire existenţială. Prevedem că orice formulare de problemă va acoperi toate aceste domenii. În alcătuirea unei modalități de formulare a problemei dintr-o perspectivă integrativă, recomandăm concentrarea pe:

- calitatea relației din cabinet cu clientul
- istoricul de relații al clientului, stilul de atașament și principiile organizatoare
- o perspectivă asupra dezvoltării individului în toate aspectele sale legate de familie, şcoală şi experienţe de viață ulterioare
- o considerare a stilului relațional adult al persoanei și dacă există manifestări ale unei tulburări sau stil de personalitate particular sau alte semne de diagnostic care indică depresie, anxietate, traumă sau alte condiții care pot fi recunoscute
- probleme de viață existențiale care pot fi proeminente în mod curent în viața persoanei, de exemplu, dacă persoana se confruntă cu vreo pierdere și este în fața unor schimbări de viață semnificative
- o considerare a contextului economic, social, cultural și politic în care persoana este prinsă și felul în care acest lucru poate avea impact asupra problemelor prezentate.

Urmându-l pe Allan Schore (2003a), în orice caz, credem că toate disfuncțiile au la bază o dereglare a procesului afectului și că, oricare ar fi conceptele specifice care influențează modul de formulare a problemei pe care îl construim pentru a ne asista în cadrul tratamentului, toate își au rădăcinile în dereglări ale afectului, care pot avea cauze și efecte multiple.

Depinzând de prezentarea clientului, este cert că unii dintre factorii prezentați mai sus vor fi mai relevanți decât alții și se vor dovedi mai utili în procesul de schițare a formulării problemei. De exemplu, cu un client care are un lung istoric de abuz sexual, va fi mai importantă considerarea devierilor de dezvoltare și a efectelor traumei repetitive asupra copilului în creştere, indicând spre o considerare a tulburării cronice de stres post-traumatic (vezi Herman, 1992) ca fiind cea mai utilă ca ghid pentru direcția tratamentului. Cu un client care tocmai a terminat o relație și vrea să înțeleagă și să evite un tipar distructiv pe care aparent îl repetă, cel mai bun punct de plecare poate fi o privire asupra naturii tiparului repetitiv și la originile sale în relațiile obiect internalizate din copilărie. Și aici, de asemenea, poate fi de ajutor în iluminarea procesului reflectarea asupra stilului său de personalitate și asupra puterilor și slăbiciunilor sale. Dacă clientul este o persoană care caută azil, și care vine dintr-o zonă sfâșiată de război și care poate că a fost încarcerată și torturată în țara de origine, cel mai relevant punct de plecare în schițarea formulării problemei poate fi înțelegerea efectelor acestei traume și a tulburării de stres post-traumatic. Aici vrem de asemenea să menționăm ce rol important joacă o cunoaștere a istoricului familiei, național, etnic, de rasă și cultural al persoanei, în procesul de formulare a problemei. Cu toții ne cărăm istoricul cu noi, în lumile noastre introiectate, și aceste ”scenarii culturale” joacă un rol puternic în felul în care privim lumea și în care ne comportăm și relaționăm.

În general, obiectivul formulării problemei este de a informa direcția tratamentului și de a sugera puncte de plecare în terapie, precum și de a indica modalități de lucru care au fost demonstrate a fi eficiente pentru condiții particulare și pentru abordarea diferitelor stiluri de personalitate. Oricum, dorim să subliniem că ceea ce privim a fi crucial în toate tratamentele este respectul pentru unicitatea individului și calitatea relației terapeutice atât ca factor vindecător cât și ca un recipient al procesului schimbării.

## 40 Perspective relaționale în formularea problemei

Pentru noi, ca psihoterapeuți integrativi, prima întâlnire cu clientul este interesantă în mod particular. Observăm felul în care clientul organizează relația cu noi din momentul primului contact, fie acesta telefonic, prin email sau față în față. Atunci când clientul intră în cabinetul tău, imediat dobândești un simț despre felul în care acea persoană își organizează relațiile cu alții, despre felul în care persoana ocupă spațiul și despre felul în care persoana își folosește simțurile. Stolorow și Atwood (1992) vorbesc despre ”principii de dezvoltare pre-stabilite care organizează experiențele ulterioare” (p. 24), dar ei subliniază că contextul intersubiectiv este cel care va determina care dintre aceste principii va fi apelat în oricare relație particulară. Aceste principii organizatoare inconștiente vor influența felul în care sunt modelate și configurate percepțiile persoanei. Am descoperit că este foarte util să fim atenți la ”modul în care clientul își organizează relația cu noi” încă de la început, pentru că acest lucru furnizează informații interesante despre poziția relațională caracteristică pe care clientul o aduce în noile experiențe. Se poate ca clientul să intre în cabinet foarte ezitant și să nu își scoată haina pe parcursul întregii sesiuni, chiar dacă în încăpere este cald; sau este posibil să spună: ”Este OK să mut scaunul acesta mai departe pentru că nu îmi place să

stau aproape de altă persoană”; sau ”am adus o listă cu prioritățile mele și aș vrea să lucrez la ele exact în ordinea asta”; sau ”colegul care m-a trimis la tine mi-a spus că ești cel mai bun în domeniu”; sau ”sper că nu te superi dacă îmi sună mobilul, pentru că sunt de serviciu în seara asta”. Ceea ce înveți aici este ceva despre așteptările pe care clientul le are de la tine, dar, de asemenea, ceva despre principiile lor organizatoare caracteristice în alte relații. Aceste principii sunt dechise la a fi actualizate dar, dacă au fost stabilite în condiții de stres extrem, ele pot fi mai fixate și rezistente la schimbare. Vedem acest lucru ca fiind foarte apropiat de conceptul de scenariu din analiza tranzacțională (Berne, 1972) și întrebarea relevantă în acest cadru de lucru poate fi: Cum pot eu, ca terapeut, să ”mă încadrez” în povestea scenariului clientului? Care este rolul așteptat de la mine în viața acestei persoane?

Această abordare conduce la acumularea de informații relaționale atât de la ceea ce clientul spune cât și de la limbajul corporal non-verbal, observându-i felul în care se mișcă prin încăpere și se așează. Pledăm pentru observarea atentă a propriilor reacții senzoriale, emoționale și cognitive, așa încât să rămâneți aproape, fenomenologic, de experiența impactului pe care această persoană nouă și unică îl are asupra voastră. Pe măsură ce ajungi să cunoști persoana mai bine, vei dobândi progresiv o imagine mai clară și mai deplină a semnificației acestui acestui prim contact, pe măsură ce povestea persoanei iese la suprafață în terapie, dar vei avea ca bază această valoroasă senzație simțită despre felul în care persoana organizează relațiile, pentru a te ajuta să înțelegi. În psihoterapia Gestalt există de asemenea un accent pe stilurile de contact care reflectă maniera în care o persoană vorbește, ascultă, reacționează chinestezic, se uită la celălalt, abordează lumea (vezi Mackewn, 1997). Printr-o observație fenomenologică atentă a acestor funcții, împreună cu conștientizarea impactului persoanei asupra ta, obții o imagine a stilului de contact caracteristic al persoanei (sau a stilului de atașament adult al său, sau a principiilor organizatoare). Pe baza discuției noastre anterioare despre client ca cel mai important factor comun, onorăm importanța centrală a luării în considerare a perspectivei clientului asupra problemei. Beitman et al. (2005) scot în relief faptul că, de obicei, clientul aduce cu el și unele idei despre ce este în neregulă și despre felul în care acest lucru poate fi remediat de terapie. Acești autori scot în evidență faptul că relația dintre client și psihoterapeut este una de colaborare, în care terapeutul lucrează împreună cu clientul la o reformulare a problemelor, reflectând asupra tiparelor clientului, cât și asupra așteptărilor pe viitor.

## 41 Diagnostic și DSM-IV-TR: pro și contra

Problema ”diagnosticului” și a potențialei sale situări în cadrul unui model medical a creat dezbateri semnificative în domeniul psihoterapiei în general, cu argumente puternice atât pentru cât și împotriva folosirii unui sistem clasificat. Perspectiva noastră este că este importantă familiarizarea cu sistemele de diagnostic majore, atât din punct de vedere clinic cât și din punct de vedere al creării unui limbaj de discuții în cadrul contextelor de lucru interdisciplinare medicale și psihiatrice. În munca noastră ca psihoterapeuți am fost înclinați să folosim DSM (în mod curent DSM-IV-TR), mai degrabă decât orice alt sistem formal de diagnostic, ca bază de considerare a diagnosticului. DSM-ul are avantajul de a fi organizat pe cinci axe, fiecare dintre ele referindu-se la o dimensiune particulară a funcționării; împreună, aceste cinci axe alcătuiesc o vedere de ansamblu cuprinzătoare asupra prezentării clientului. Axa I se referă la tulburările clinice, condițiile sau bolile mintale principale, cum ar fi depresia, tulburări de anxietate, schizofrenia, tulburarea bipolară și multe altele dintre condițiile foarte recunoscute și care necesită tratament. Axa II se referă la tulburări de personalitate medii sau severe și include de asemenea și retardul mintal. Axa III se ocupă cu condiții medicale generale, acele condiții fizice care pot avea impact asupra prezentării psihologice a clientului. Axa IV se referă la domeniul problemelor psihosociale și de mediu curente care pot influența diagnosticul, tratamentul sau pronosticul clientului. În cele din urmă, Axa V oferă o evaluare globală a

funcționării clientului la momentul prezentării. În acest mod, este posibilă o privire de ansamblu a multor factori care au impact asupra clientului, dintr-o privire. De îndată ce ai o idee despre prezentarea diagnosticului clientului în termenii DSM, atunci poți accesa bogata literatură pe acest subiect. De exemplu, dacă ai un client care se manifestă cu un proces schizoid, te poți inspira din Guntrip (1992), Laing (1960), Smith Benjamin (2003), Johnson (1994), între alții. În acest sens, DSM-ul reprezintă o punte între diagnosticul formal și literatura clinică bogată bazată pe practică, așa încât putem beneficia de înțelepciunea altora, care au documentat felul în care au înțeles terapia cu anumiți clienți și au schițat moduri de abordare a muncii. Pot fi de asemenea făcute legături valoroase cu studii de cercetare relavante.

DSM-IV-TR și edițiile sale anterioare au fost supuse criticismului. Mulți privesc sistemul ca fiind deficitar și consideră o abordare mai eficientă este aceea care se concentrează mai mult pe puterile clientului, pe dimensiunile interpersonale și pe propriul model al clientului asupra dificultăților sale (vezi Eubanks-Carter et al., 2005: 507ff). Acești autori scot în evidență faptul că diversitatea problemelor cu care se prezintă clienții se regăsește foarte rar întru totul în categoriile DSM. Așadar, putem fi în pericolul de a încerca să potrivim clientul într-o categorie, în loc să ne ocupăm de realitatea complexității clientului. Dintr-o perspectivă mai largă, formulările din DSM au fost criticate ca fiind construite social de o elită puternică în societatea noastră (vezi, de exemplu, Kutchins și Kirk, 1997). Acești autori documentează schimbările care au avut loc de-a lungul edițiilor diferite ale DSM-ului, indicând includerea în DSM-II a homosexualității ca deviație sexuală, accentuând în acest fel că homosexualitatea este o ”boală”. În DSM-III homosexualitatea a fost re-numită Homosexualitate Ego-distonică, denumire care a fost abandonată mai târziu în DSM-III-R. O astfel de analiză istorică indică rolul valorilor sociale și a puterii profesionale în construirea acestor sisteme de diagnostic.

Vrem să accentuăm faptul că noi privim orice ”diagnostic” ca pe o ”ipoteză experimentală”, deschisă la revizuiri regulate, și nu ca pe o ”etichetă pe viață” care categorizează o persoană pentru totdeauna. Am fi primii care am recunoaște că diagnosticul, sau într-adevăr, orice formă de etichetare sau denumire, poate avea un potențial distructiv. Noi privim avantajul unei ipoteze de diagnostic ca pe un mijloc de facilitare a tratamentului și de a ne direcționa spre literatură utilă asupra subiectului, și nu ca pe un ”lucru de sine stătător”, care este de neclintit. Este de asemenea un lucru bine documentat faptul că există anumite influențe în aplicarea DSM-ului, de care trebuie să ne păzim. Parker et al. (1995), de exemplu, a atras atenția asupra persoanelor care au fost ”situate” în anumite moduri prin formulările DSM, lucru care a dus până la urmă la marginalizări și opresiune. Asemenea critici sunt aduse și de alți scriitori, care abordează o perspectivă socială critică (de ex. Littlewood și Lipsedge, 1997; Pilgrim, 1997). Poziția noastră nu este aceea de a ”arunca copilul odată cu apa de la băiță”, ci de a folosi orice sistem de categorizare cu o precauție potrivită și ca pe un potențial sprijin pentru client.

## 42 Anxietate și depresie: probleme prezentate obișnuite

Atât anxietatea cât și depresia pot avea cauze multiple. Încă de la început este important să verificăm dacă există factori medicali sau legați de stilul de viață, care contribuie la această condiție, cum ar fi consumul de cafeină, și dacă aceștia au fost supuși atenției, astfel încât să nu încercați să tratați psihologic o condiție care necesită intervenție medicală sau de dietă. Atât în tratamentul anxietății cât și al depresiei, un plan de tratament integrat va adresa atât ”managementul” simptomelor cât și oportunitatea de a explora nivelurile mai profunde și adesea complexe ale problemei într-o terapie relațională. Suntem de acord cu Schore (2003a), că dereglările de afect sunt la baza tuturor tulburărilor din Axa I și Axa II, astfel încât o concentrare atât imediată cât și pe termen lung pe a obține auto-liniștire și o reglare mai bună a afectului sunt relevante în stările de depresie și anxietate.

Anxietatea poate lua forma unei stări de anxietate sau a unei tulburări de panică și este important să se discute această problemă cu clientul și să se facă distincția între cele două stări. Există câteva tehnici care sunt foarte bune pentru adresarea ”managementului” mai urgent al simptomelor anxietății, și care se concentrează pe respirație și relaxare; identificarea și provocarea ”gândurilor negative automate” care intensifică anxietatea; lucrul la un eveniment recent și repetarea unor modalități alternative de reacție; oferirea de informații despre natura simptomelor într-o stare de anxietate; explorarea unor modalități prin care persoana se poate auto-sprijini cel mai bine atunci când experimentează anxietate (Clark, 1996). Acestea pot fi combinate cu o abordare relațională, știind că o relație terapeutică eficientă contribuie la creșterea auto-reglării afectului prin acordarea noastră la client la niveluri verbale și non-verbale. O abordare structurală mai adâncă, pentru a explora originile anxietății în copilărie și pentru a oferi un spațiu în care emoțiile reprimate, nevoile, fricile și dorințele pot fi asumate, articulate și

conștientizate în spațiul terapeutic, fără consecințe, poate fi combinată cu concentrarea mai urgentă pe managementul anxietății. Acesta va constitui așadar un plan de tratament integrat. O abordare integrativă similară poate fi luată în tratarea depresiei. În mod frecvent depresia este legată de o alegere de viață pe care clientului îi este frică să o confrunte, pentru că îi va provoca radical perspectiva acceptată asupra lumii și va rezulta într-o schimbare de amploare. Depresia poate de asemenea indica o dificultate în a conștientiza sentimente mai profunde (acestea fiind literalmente deprimate) sau poate fi rezultatul vreunei forme de abuz de substanțe. Simptomele prezentate au nevoie de o analiză atentă și de discuție într-o manieră empatică și plină de contact, așa încât să se poată stabili diferitele dimensiuni care sunt în joc și răspunsul potrivit la acestea.

## 43 De la stil de personalitate la tulburare de personalitate

Johnson (1994) schițează un continuum de la stil de personalitate (caracter) la nevroză de personalitate (caracter) la tulburare de personalitate (caracter), în termeni de prezentare de la medie la moderată și la gravă. Capătul mediu este marcat de o mai mare flexibilitate și de capacitatea de schimbare în fața situațiilor noi; la capătul mai grav, oamenii au tendința de a fi mai rigizi în abordarea lumii, de vreme ce au devenit mai fixați în anumite moduri de a face față situațiilor, de obicei acest lucru fiind legat de gravitatea stresului sub care a fost codată adaptarea. ”Tulburarea de personalitate este adesea asociată cu cele mai tulburătoare istorice interpersonale, de la copilărie la o vârstă înaintată. Relațiile, în mod particular cele intime, pot fi absente, limitate în mod sever sau disfuncționale cronic” (Johnson, 1994: 15).

În termenii acestei hărți, cu toții dezvoltăm un anumit stil de personalitate care depinde de familia primară, de influențele sociale și traumatizante la care avem nevoie să ne adaptăm în interesul supraviețuirii și al întâmpinării propriilor nevoi. Aceste adaptări pot fi privite ca strategii de supraviețuire sau ”ajustări creative” la lumea din jurul nostru. Toate sunt asociate cu modalități particulare de reglare a afectului și cu modalități particulare de manipulare și de exprimare a emoțiilor, a cognițiilor sau a comportamentelor. De asemenea, cultura joacă un rol în formarea stilului de personalitate, diferite culturi încurajând și ”recompensând” comportamente diferite. Ceea ce poate că a servit ca funcție de supraviețuire în copilărie adesea devine ”depășită” în perioada adultă, când situația s-a schimbat și poate că trebuie găsite noi modalități de rezolvare a problemelor. În acest proces, este crucială abilitatea noastră de a fi mai flexibili în alegerile reacțiilor, astfel încât acestea să adreseze situațiile specifice din prezent în loc să fie un răspuns fix și rigid la toate situațiile.

Încercând să le oferim studenților un cadru de lucru inițial pentru a începe studiul personalității, am găsit foarte utilă ca punct de plecare abordarea lui Ware (1983) din analiza tranzacțională. Ware (1983) vorbește de trei ”uși” pe care le are toată lumea: ”o ușă de contact”, ”o ușă țintă” și o ”capcană” (”trap door” – nt). Ușa de contact este mediul prin intermediul căruia o persoană este cel mai ușor de abordat, și anume gândire, sentimente sau comportamente. Ușa țintă (gândire sau sentimente) este ușa pe care ”am închis-o” pentru a putea supraviețui în familiile de origine și este ”ușa” care trebuie să fie ”deschisă”, pentru ca integrarea să aibă loc. Atunci când cineva se apropie de ușa ta țintă, vei experimenta adesea că cineva ”ți-a atins ținta” și ți-a dat exact răspunsul pe care îl doreai cel mai mult sau după care tânjeai. Ușa ”capcană” (fie gândire, sentimente sau comportament) o vei folosi foarte mult, dar într-o manieră repetitivă, care nu rezolvă probleme. Scopul terapiei este de a ajunge la oameni prin ușa de contact și să-i ajute progresiv să integreze funcția care a fost suprimată în ușa țintă, astfel încât ei să poată integra gândirea, sentimentele și comportamentul într-o manieră constructivă și adecvată, pentru a putea avea nevoile întâmpinate și a stabili un contact mai eficient cu alții. Ware (1983) oferă o succesiune pentru diferitele stiluri de personalitate pe care le descrie.

Joines și Stewart (2002) elaborează ideile lui Ware și oferă un cadru de lucru cuprinzător pentru înțelegerea modului în care oameni cu diferite adaptări de personalitate abordează lumea. La lista originală cuprinzând șase adaptări a lui Ware, ei au adăugat discuția despre adaptările borderline și narcisică. Oferim câteva din succesiunile lui Ware, așa cum au fost adaptate de Joines și Stewart, pe calea ilustrării. Obsesivul-compulsiv are următoarea succesiune: ușa de contact – gândire; ușa țintă – sentimente; ușa capcană – comportament. O asemenea persoană poate gândi bine și poate rezolva probleme, dar adesea cu prețul propriilor nevoi și sentimente. Într-un sens, ei sar direct de la evaluarea problemei la soluție, fără să acorde atenție felului în care acest lucru poate avea impact asupra sentimentelor lor. Prin urmare, obsesivul-compulsiv poate adesea să muncească ore întregi fără suficientă hrană sau odihnă, dar reușește să termine treaba. Ușa lui capcană este comportamentul: de ex. face liste lungi și se plimbă încoace și încolo prin cameră, ca modalitate de a-și liniști anxietatea, lucru care nu adresează această problemă în mod necesar. Acesta este aspectul ne-funcțional legat de suprimarea propriilor nevoi și sentimente, pe care el are nevoie să le acceseze, pentru a putea avea o viață satisfăcătoare. Stilul obsesiv-compulsiv va analiza foarte bine situațiile, dar va fi inhibat în întreprinderea de acțiuni eficiente. Sperăm că aceste exemple oferă o idee despre felul în care acest model poate fi de folos în înțelegerea și abordarea clienților. De asemenea, a te gândi la aceste procese în termeni de stil de învățare, poate fi de folos.

## 44 Perspective de dezvoltare în formularea problemei

În cadrul unei abordări integrative a psihoterapiei suntem interesați atât într-o perspectivă concentrată pe prezent, cât și într-una concentrată pe trecut, asupra problemelor prezentate de client. Dată fiind literatura pe care am trecut-o în revistă mai devreme, este clar că noi am pune accentul în mod particular pe experiențele timpurii ca fiind prezicătoare pentru disfuncțiile de mai târziu. Legăturile dintre trecut și prezent sunt general recunoscute de-a lungul diferitelor modalități ale psihoterapiei, deși variază măsura în care se va lucra în mod direct cu anumite probleme timpurii. De exemplu, în abordarea formulării dezvoltată de terapeuții cognitiv comportamentali (de ex. Beck, 1976), vedem importanța câștigării insight-ului asupra experiențelor timpurii, deși decizia de a se concentra sau nu asupra acestor procese și modalitatea în care vor fi abordate vor depinde atât de natura problemelor prezentate cât și de tipul de terapie cognitiv comportamentală care este practicat. Din punctul de vedere al perspectivei integrative relaționale descrisă în această carte, noi am începe de la presupunerea că dificultățile de dezvoltare timpurii sunt importante și că este posibil ca ele să iasă la suprafață în relația dintre terapeut și client. Așadar, o evaluare a problemelor relaționale timpurii oferă oportunitatea de a ne gândi la ce aspecte ale acelor experiențe este posibil să iasă la suprafață în prezent, ce forme pot lua, și ce indicații pentru planul de tratament ar putea fi cele mai folositoare.

Există un mare număr de experiențe timpurii care pot influența comportamentul curent și capacitatea afectivă, plecând de la stilul de atașament, predispoziția personalității (fie că este definită ca dereglare sau ca trăsătură), trauma timpurie și deficiențele de mediu în îngrijirea copilului mic. Toate acestea sunt importante de inclus în formularea problemei. Johnson (1985, 1994) ne oferă o modalitate utilă de conceptualizare a ceea ce el numește ”analiza de caracter”; o modalitate de a conceptualiza o varietate de experiențe timpurii și efectele lor asupra copilului în dezvoltare. În timp ce aceste idei folosesc limbajul din DSM-IV-TR, ele sunt conceptualizate într-un mod mai umanist și mai dinamic. Atât Gabbard (2005) cât și Smith Benjamin (2003) subliniază importanța ”evaluării dinamice”, atrăgând atenția asupra distincției dintre diagnosticele descriptive și cele dinamice.

## 45 Probleme de viață existențiale în formularea problemei

Considerăm că în formularea problemei este un loc important pentru o discuție despre problemele existențiale de viață, de vreme ce acestea oferă un bun echilibru în fața oricărei tendințe de a patologiza. Probleme legate de moarte sau de orice fel de pierdere, confruntarea cu alegeri de viață critice, semnificația pe care o atribuim evenimentelor și propriei vieți, confruntarea cu libertatea de alegere atunci când luăm hotărâri care ne vor modela destinul, a ne împăca cu consecințele alegerilor noastre, și confruntarea cu provocările diferitelor stadii ale vieții, sunt adesea la baza problemelor cu care se confruntă oamenii care se prezintă cu anxietate și depresie. Spinelli (2007) declară că ”anxietatea existențială cuprinde toate reacțiile la condițiile existenței” (p. 28). May et al. (1958/1994) vorbesc despre anxietatea ontologică ca fiind ”experiența amenințării non-existenței iminente” (p. 50), de vreme ce ”copleșește conștientizarea existenței pentru o persoană, nimicește simțul timpului, estompează amintirea trecutului, și șterge viitorul” (p. 51), lovind în acest fel în inima existenței în lume a unei persoane. Încercările de a suprima sau de a dispersa anxietatea ontologică adesea sprijină tiparele disfuncționale de identificare cu sine, alții și cu lumea.

Yalom (1980) discută problemele existențiale sub patru titluri: Moarte, Libertate, Izolare și Lipsa Sensului. Cu toții suntem confruntați de anxietatea în fața morții și de confruntarea cu moartea. Boala, o experiență apropiată morții, sau suferința, vor conduce adesea la o experiență mai directă a acestei stări. Este posibil să ne apărăm traducând această frică de nimic în frică de ceva, și din acest motiv anxietatea morții fundamentale este rareori întâlnită în forma ei originală, ci iese la suprafață într-un mod mai indirect. La nivel conștient nici unul dintre noi nu neagă realitatea morții, dar există un sens în care ne purtăm ca și cum regula mortalității se aplică altora și nu nouă. Libertatea de a alege și de a ne asuma responsabilitatea pentru acțiunile noastre stă de asemenea la baza condiției umane. Totuși, așa cum Yalom indică, a fi conștient de responsabilitatea pe care o am față de mine și față de lumea mea poate fi o experiență profund înspăimântătoare și pe care poate că alegem să o evităm, de vreme ce ne poate arunca în anxietatea iraționalului și a nimicniciei. Spinelli (2007) accentuează că libertatea și responsabilitatea sunt situate într-un context relațional. ”Autenticitatea poate fi privită ca o expresie a alegerii, a libertății și a responsabilității așa cum sunt situate într-un teren inter-relațional indivizibil” (p. 50).

Izolarea existențială este privită ca o parte inevitabilă a existenței noastre, subliniindu-se faptul că individul este inexorabil singur. Se poate să căutăm alinare de la anxietatea de izolare găsind pe alții cu care să fuzionăm și să ne pierdem pe noi înșine, prin a fi foarte activi sexual, sau prin a căuta cu disperare relații în nenumărate feluri. Într-o relație vindecătoare, clientul poate începe să relaționeze autentic și să facă alegeri creative care sprijină creșterea și dezvoltarea sa, precum și să confrunte provocarea izolării. Termenul de dialog este folosit de scriitori ca Buber (1923/1996) și Hycner (1993) pentru a descrie un proces de interacțiune între oameni, unde există o dorință autentică de a întâlni cealaltă persoană așa cum este ea în prezent, fără a ne impune așteptările asupra persoanei sau asupra întâlnirii. Posibilitatea iraționalului ne prezintă de asemenea o altă provocare existențială. Pe măsură ce întâlnim evenimente și oameni în viețile noastre, creăm povești sau semnificații care ne ajută ca experiența noastră să aibă sens pentru noi. Această nevoie de a crea o narațiune coerentă pentru a explica existența noastră în lume este chintesențial umană. Oricare ar fi perspectiva asupra lumii pe care fiecare dintre noi o construim din propria experiență, va rămâne incompletă; Spinelli afirmă că, deoarece semnificația decurge din identificare, prin identificarea continuă dintre noi și lumea noastră, este de asemenea destructurată în mod constant și, ca urmare, deschisă la restructurare.

Oamenii pot căuta să construiască și să găsească semnificație pentru ei înșiși în multe feluri, poate căutând o cale spirituală care să le ofere scopul și coerența pe care o caută. Evenimente traumatizante și crize mondiale pot provoca semnificațiile stabilite care i-au sprijinit pe oameni, și să-i lase astfel simțindu-se în derivă și fără un simț al viitorului. Lifton (în Wilson și Raphael, 1993) subliniază că un supraviețuitor al unui eveniment traumatizant, cum ar fi Holocaustul, poate ”să re-examineze simțul semnificației despre acest fenomen ca bunătatea sau răutatea ființei umane, despre întrebarea dacă într-adevăr ființele umane sunt cu adevărat legate unele de altele, și dacă este posibil să avem încredere în orice legătură pe care o avem în viețile noastre” (p. 13). Orice dezastru provocat de om sau natural poate provoca semnificația pe care persoana o atribuie vieții, precum poate și pierderea unei persoane iubite, a fi trădat de cineva, sau alte evenimente de viață care ne provoacă sistemele de semnificații. Concentrarea existențială pe aspectele împărtășite ale condiției umane este adesea tipul de problemă care aduce clientul la psihoterapie, probleme care, de asemenea, îl confruntă și pe terapeut.

## 46 Trauma relațională cronică și evenimente traumatice singulare

Este clar, din literatura despre experiența traumatizantă, că există o diferență potențială între neglijarea continuă sau abuzul în anii copilăriei și o singură experiență, să zicem, cu un accident de mașină. În timp ce ambele cazuri sunt caracterizate de frica extremă, de neajutorare, pierderea controlului și amenințarea cu distrugerea, există o diferență între experiențele care se repetă continuu, re-întărind strategiile de coping extreme așa cum am descris mai înainte, și acele experiențe care se intersectează cu copingul obișnuit, de zi cu zi. De asemenea, există o diferență importantă între trauma care are la bază, de exemplu, un accident structural, și trauma care este de natură relațională. Este probabil că ambele forme de traumă vor rezulta în manifestări de genul simptomelor descrise în DSM-IV-TR (Asociația Psihiatrică Americană, 2000). Oricum, cercetătorii s-au întrebat de ce anumiți indivizi care suferă, să zicem, un accident grav, par să facă față mai eficient cu consecințele acestuia decât alții. Briere și Scott (2006) declară că ”enumerarea traumelor prezentate descrise separat poate da impresia greșită că astfel de traume sunt independente una de cealaltă” (p. 10). Acești autori citează cercetări relevante care indică faptul că indivizii care au experimentat traume relaționale, în special în copilărie, este mult mai probabil să experimenteze evenimente traumatizante mai târziu; ei numesc acest lucru *re-victimizare.*

În discuții anterioare am subliniat cercetările din neuroștiința afectivă care au demonstrat că istoricul de atașament al unei persoane afectează capacitatea acesteia de a face față traumei mai târziu (Schore, 1994; Siegel, 1999). Acești autori subliniază de asemenea cercetarea care indică modurile în care atașamentul securizant din copilăria timpurie funcționează ca un tampon împotriva stresului și a producției de cortizon. Așadar, este important ca orice evaluare a dificultăților prezentate să ia în considerare posibila relevanță a istoricului de atașament al persoanei. Experiența interactivă dereglantă timpurie are nevoie de atenție în prezent, astfel încât clientul este situat într-o poziție în care poate învăța un nou tipar de reglare, alături de confruntarea cu simptomele prezentate, cum ar fi flashback-urile sau hipervigilența. Ogden et al. (2006) sugerează o abordare ”până la fund”, în care se acordă atenție procesării senzio-motorii, cu o concentrare pe tendințele de acțiune inhibate, ca rezultat al traumei. Uneori aceste tipare vor fi legate atât de un eveniment traumatic recent cât și de experiența relațională timpurie, și este așadar crucial ca clinicianul să păstreze acest lucru în minte atunci când ajunge la o formulare în colaborare cu clientul. Colaborarea transparentă în stadiul formulării este de asemenea un potențial factor de contribuție la vindecare, atât în termeni de împărtășire a controlului cu clientul, lucru care este în contradicție cu experiența unui eveniment traumatic, cât și ca oferirea unei experiențe a unui alt gen de proces de reglare decât a fost cazul în copilărie.

## 47 Tulburarea complexă de stres post-traumatic

Judith Herman (1992) argumentează că formularea trebuie să ia în considerare complexitatea și că ar trebui să existe o recunoaștere oficală a acestei idei. Ea subliniază că baza pentru categorizarea curentă a ”tulburării de stres post-traumatic” este fundamentată în experiențe care nu au fost în mod necesar prelungite, repetate sau relaționale. Ea declară că:

> Supraviețuitorii abuzului prelungit dezvoltă schimbări de personalitate caracteristice, inclusiv deformări ale relaționării și identității. Supraviețuitorii abuzului din copilărie dezvoltă probleme similare cu relațiile și identitatea; în plus, ei sunt în mod particular vulnerabili la răniri repetate, atât auto-induse cât și provocate de alții. Formularea curentă a tulburării de stres post-traumatic nu reușește să cuprindă nici manifestările simptomatice diverse ale traumei prelungite și repetate, și nici deformările de personalitate profunde care au loc în captivitate.
>
> (1992: 119)

În ciuda pledoariei lui Herman, această categorie separată a tulburării complexe de stres post-traumatic nu a apărut, încă, în manualele de clasificare recunoscute.

Am prezentat niște argumente elocvente, fundamentate în cercetarea de dezvoltare, și care sugerează că complexitatea trebuie să intre în cadru pentru o formulare clinică robustă. Există de asemenea argumente puternice bazate pe relatările victimelor proceselor politice, cum ar fi Holocaustul, sau pe experiențele refugiaților (Krystal, 1968, 1988; Timerman, 1988). Pentru crearea unei formulări robuste, clinicienii trebuie să fie dispuși să meargă dincolo de categoriile corespunzătoare și care, posibil, oferă siguranță, și să asculte cu atenție povestea clientului, contextul în care această poveste s-a desfășurat de-a lungul cadrelor temporale diferite, și modul în care povestea este re-construită în prezența terapeutului. Într-o măsură semnificativă, suntem confruntați aici cu distincția între un cadru de referință pozitivist, care adesea favorizează categorizarea, și formularea mai mult bazată pe proces a investigației calitative. Kim Etherington ne oferă niște exemple puternice a celei din urmă, în preferința pe care o arată investigației narative și modurilor în care poveștile indivizilor pot aduce la lumină atât subtilități care sunt bazate pe context, cât și insight-uri pentru vindecare (Etherington, 2000, 2003).

## 48 Construirea unei formulări integrative a problemei

În construirea unei formulări integrative a problemei, ne inspirăm din concepte relevante și domenii, acestea depinzând de natura problemelor prezentate de client, pentru a crea o imagine coerentă a prezentării clientului, pe care vom baza considerarea direcției de tratament pe care o vom urma cu el. O astfel de formulare a problemei este prin natura sa un set experimental de ipoteze care să ne sprijine în munca noastră cu clientul și care va fi actualizat în mod regulat pe măsură ce continuăm munca. Întrebările următoare sunt create pentru a vă ajuta în acest proces de reflecție asupra situației unei persoane anume:

1 Există factori urgenți semnificativi ca dependența de droguri sau alcool, abuz domestic, tiranie la locul de muncă, ruperea unei relații, o suferință recentă (ca să menționăm numai câteva posibilități), care fac parte din prezentarea clientului?

2 Au existat devieri de dezvoltare timpurii semnificative în viața clientului care par a avea legătură cu prezentarea curentă? Cu alte cuvinte, există dovezi ale traumei relaționale timpurii?

3 Au existat evenimente traumatice ulterioare (sau recente) care au avut impact asupra funcționării clientului?

4 Cum ați descrie stilul relațional al acestui client, istoricul lui de atașament și stilul curent de atașament adult? Care este stilul de contact al clientului?

5 Care sunt ideile voastre despre o tentativă de diagnostic al acestui client, folosind DSM-IV-TR? Un diagnostic multi-axial este de acord cu indicațiile comportamentale specifice către istoricul și prezentarea clientului?

6 Cu ce probleme existențiale de viață sau probleme ale stadiului de viață se confruntă în mod curent clientul, și cum le face el față acestora?

7 Se prezintă clientul cu probleme sexuale sau cu probleme legate de identitatea sexuală?

8 Descrie contextul curent al clientului și modul în care acesta poate influența prezentarea lui. În ce fel influențele sociale, rasiale, politice sau economice (sau alte probleme contextuale curente relevate) au impact asupra prezentării sale?

9 În ce fel problemele de diferențe afectează clientul, cum ar fi orientarea sexuală, genul, vârsta, rasa, originile naționale, dizabilitățile (între altele)?

10 Ce aspecte ale familiei clientului, ale istoricului rasial sau cultural pot aduce lumină în situația prezentă?

# Partea 6

# PROCESUL PSIHOTERAPIEI INTEGRATIVE

## 49 Prima ședință: considerații importante

Prima sesiune cu un client este puțin probabil să fie și primul contact, mai puțin în cazul în care terapeutul este un student repartizat unui expert care îi alocă clienți. Așadar, există un număr mare de informații care au fost deja puse la dispoziție fie prin contact telefonic, fie prin email. Chiar și în cazul în care unui student psihoterapeut i-a fost alocat un client cu o formulare deja alcătuită, sugerăm cu tărie ca terapeutul novice să adopte o poziție interogativă, fiind sensibil la felul în care este impactat în prima sesiune cu clientul. Hayley (1978) sugerează că începutul unei relații terapeutice este foarte probabil să influențeze modul în care aceasta se poate sfârși, indicând importanța clarificării problemelor prezentate și reflecția asupra modalităților prin care acestea ar putea fi rezolvate, precum și a felului în care aspecte ale problemelor prezentate se pot manifesta în timpul terapiei.

Miller (2006) schițează cinci stadii care se situează în sau în jurul primei sesiuni. Acestea includ: pregătirea pentru contactul inițial, preocuparea , de exemplu, cu problemele legate de recomandări, și punerea la punct a unei date și ore pentru prima programare – aceasta este posibil să includă primele ipoteze despre care ar putea fi problemele prezentate; întâlnirea cu clientul pentru prima sesiune, stabilirea unui raport și preocuparea cu angajarea și cu schimbul de informații relevante; ascultarea poveștii clientului, clarificarea problemelor și evaluarea inițială; luarea unei decizii despre ceea ce se va întâmpla mai departe și finalizarea primei sesiuni; în cele din urmă, preocuparea cu sarcinile post-sesiune cum ar fi înregistrarea informației, a impresiilor și a acțiunilor viitoare. O'Brien și Houston (2007) subliniază schimburile explicite și implicite care au loc simultan în această primă întâlnire, declarând că "fie că este sau nu menționat vreodată, amândoi oamenii încearcă din greu să răspundă la întrebarea, "Pot lucra cu această persoană?" (p. 115). Daniel Stern și Grupul Boston de Studiu al Procesului de Schimbare (2003) descriu acest proces ca pe o formă de "psiho-etologie" bazată pe comportamentul specific animalelor de a se adulmeca unul pe altul printr-un proces de "căutare, improvizare și co-creare inter-subiectivă" (p. 25).

O problemă cheie și care este relevantă pentru a fi luată în considerare la prima întâlnire este problema riscului. Poate că aceasta a fost subliniată în procesul de recomandare inițial sau chiar la telefon, sau poate că iese la suprafață ca problemă în cursul discuției din prima întâlnire. Evaluarea riscului se poate concentra pe potențiala rănire a propriei persoane sau a altora, și necesită o mare atenție la indicatori cheie cum ar fi: un istoric de auto-rănire sau contemplarea curentă a sinuciderii; consumul de droguri sau izolarea socială; sau orice factori din fundal care pot fi relevanți cum ar fi un tratament psihiatric anterior sau un istoric de abuz sau traumă. Dacă există risc în cadru, atunci cu siguranță că acesta va avea influență asupra naturii contractului care este încheiat, cu folosirea suplimentară a supervizării în sprijinul procesului de luare a deciziilor, și cu posibila implicare a colegilor medici. Ceea ce este esențial este ca practicianul să fie capabil să pună întrebări directe, să evalueze riscul în colaborare cu

clientul, și să întreprindă acțiunile adecvate în acord cu clientul. Practicienii care folosesc sistemul Rezultate Clinice pentru Evaluarea de Rutină (CORE) vor beneficia de o evaluare a riscului inclusă în chestionarul inițial al clientului (pentru o trecere în revistă vezi Leach et al., 2005).

## 50 Ce terapie, pentru care client, în ce context?

Întrebarea pusă aici este în mod particular interesantă pentru o abordare integrativă a psihoterapiei, în care există presupunerea că nu există cea mai bună modalitate de a acționa, și în care unicitatea persoanei și contextul său sunt primordiale. Este clar că, o analiză atentă în colaborare cu clientul va fi importantă pentru a stabili care ar fi cea mai bună abordare pentru lucrul cu problemele prezentate. În domeniul cercetării psihoterapeutice există o dezbatere încinsă care încă continuă, despre această problemă. Unele abordării ale cercetării în psihoterapie sunt în favoarea identificării simptomelor sau a tulburărilor psihologice particulare cu identificarea paralelă a abordărilor care sunt considerate a fi cele mai potrivite ca și răspuns, precum și a perioadei de timp care va fi necesară pentru un tratament eficient. O abordare întrucâtva diferită favorizează identificarea factorilor comuni relevanți, indiferent de tipul de tehnică folosit. Asay și Lambert (1999) împart factorii terapeutici comuni în patru categorii diferite, fiecare dintre ele contribuind cu un procentaj la rezultatele terapeutice provenite din descoperirile relevante din cercetare. Acești autori sugerează că factorii extra-terapeutici și factorii legați de client sunt responsabili pentru 40 la sută din schimbare, relația terapeutică pentru 30 la sută, așteptările și efectele placebo pentru 15 la sută și tehnicile specifice pentru 15 la sută. Aceste date demonstrează efectul relativ mic asupra rezultatului al unei abordări terapeutice particulare. Seligman (1995) a atras de asemenea atenția asupra faptului că clienții care sunt implicați activ în căutarea terapeutului potrivit și care sunt motivați să investigheze despre specificul serviciilor oferite sunt mult mai predispuși să obțină un rezultat pozitiv.

Roth și Fonagy (2005) și Nathan și Gorman (2007) oferă perspective cuprinzătoare asupra unor tratamente diferite pentru probleme prezentate diferite și cercetări asociate asupra eficienței. În timp ce există o problemă vizând dacă este sau nu posibil să se separe diferitele forme de tulburare sau probleme particulare prezentate, de vreme ce o sumă de ”simptome” diferite tind să co-existe împreună (Duncan et al., 2004), se poate argumenta pe baza evidenței aduse de cercetare că unor dificultăți specifice prezentate li se poate potrivi mai bine un răspuns terapeutic în particular, cum ar fi terapia cognitiv comportamentală pentru tratamentul panicii, al fobiei și al tulburării generalizate de anxietate. Oricum, așa cum subliniază și O'Brien și Houston (2007):

> Terapeuții au multe în comun atunci când sunt angajați cu clienții lor, indiferent de orientarea lor specifică. Este clar că terapeuții de orice orientare trebuie să aibă abilitatea de a se angaja cu clientul într-o participare cooperantă, cu considerație față de țelurile și sarcinile terapiei, să ofere o oportunitate pentru client să-și exprime emoțiile și să creeze o legătură terapeutică tămăduitoare.
>
> (p. 43)

Luând în considerare multitudinea de studii de cercetare în domeniul cercetării rezultatelor, sunt multe lucruri care sprijină o poziție integrativă și o concentrare pe acei factori mai generali care sprijină schimbarea terapeutică.

## 51 Schimbarea psihoterapeutică: rolul iubirii și al speranței

Problema iubirii în relația psihoterapeutică i-a preocupat pe psihoterapeuți încă de la lucrarea lui Freud despre observațiile asupra transferului-iubirii (Freud, 1915). O linie de gândire vizând aceste idei este reflectată în literatura psihanalitică despre transferul erotic (de ex. Mann, 1999). O perspectivă diferită este furnizată de idea că între terapeut și client trebuie să se dezvolte încrederea și grija, pentru ca procesul să aibă un rezultat mai plin de succes; dacă cineva va descrie întâlnirile empatice apropiate ca fiind ”iubire”, este un subiect de dezbatere, dar este evident că angajarea profundă în procesul terapeutic generează sentimente profunde în ambele părți ale diadei. O ediție recentă a jurnalului *Investigație Psihanalitică* a fost dedicată topicului ”Iubirea Analistului”, creându-se un forum pentru o sumă de idei interesante (de ex. Slavin, 2007). Privită din perspectiva dezvoltării, acum există o recunoaștere generală a importanței iubirii și grijii în copilăria timpurie, pentru crearea sănătății fizice și psihologice (de ex. Gerhardt, 2004). Discuțiile noastre anterioare despre efectul neuroștiințific al îngrijirii pline de iubire și despre efectele negative ale neglijării subliniază de asemenea semnificația biologică a iubirii. Importanța iubirii în teoria terapeutică a lui Carl Rogers a fost subliniată de Kahn (1997) care leagă idea de iubire de cerințele Rogeriene de autenticitate, congruență și considerație pozitivă necondiționată în procesul terapeutic. Există de asemenea unele dovezi că clienții de care terapeuților le pasă cu adevărat reușesc mai bine în tratament (Jones et al., 2003).

Rolul așteptărilor clientului în obținerea unui rezultat plin de succes a fost identificat ca un factor semnificativ în declanșarea schimbării psihoterapeutice, fapt care nu este de loc surprinzător, ci este interesant să fie confirmat de studii de cercetare. Idea că speranța este importantă a fost subliniată cu mulți ani în urmă de Frank și Frank (1993), în prima ediție a cărții lor *Persuasiune și Vindecare*. Acești autori au accentuat importanța în psihoterapie a mitului și a ritualului și a capacității lor de a inspira în client așteptarea ajutorului. O sumă de studii mai recente sprijină de asemenea legătura dintre așteptările clientului și probabilitatea unui rezultat pozitiv (Snyder et al., 1999; Glass și Arnkoff, 2000). Speranța este de asemenea importantă în legătură cu așteptările de la procesul terapeutic, și nu doar cu așteptările în legătură cu rezultatul (de ex. Wilkins, 1979). Aceasta ridică problema modului în care clienții pot fi pregătiți pentru rolul lor în terapie și a efectelor pe care o astfel de pregătire le poate avea asupra procesului și asupra rezultatului. Studiile sugerează că ”inducția” poate avea un efect semnificativ asupra alegerii indivizilor de a continua sau nu terapia, și asupra tipului de rezultate care sunt obținute (de ex. Guajardo și Anderson, 2007).

## 52 Evaluarea în psihoterapie

Evaluarea are de a face cu o considerare atentă a ceea ce clientul aduce în terapie și a modurilor în care acest lucru poate fi înțeles. Aceste insight-uri și înțelegeri pot apoi să fie traduse într-un ”plan de tratament” relevant, sau o modalitate de acțiune care are probabilitatea de a adresa problemele clientului și țelurile asociate ale terapiei. Ne-am referit la folosirea formulărilor din DSM-IV-TR (Asociația Psihiatrică Americană, 2000) ca o modalitate de a înțelege ceea ce aduce clientul; recomandăm de asemenea lucrarea lui Johnson (1994) în această privință. Oricum, am pleda pentru o abordare de colaborare a procesului de evaluare, astfel încât să rămânem aproape de experiență și dispuși să adoptăm limbajul pe care clientul îl folosește pentru a vorbi despre dificultățile sale. O' Brien și Houston (2007) subliniază importanța preocupării cu potrivirea dintre terapeut și client ca parte a procesului de evaluare, declarând că studiile de cercetare accentuează în mod consistent interacțiunea dintre calitățile terapeutului, caracteristicile clientului și factorii relaționali. Din această perspectivă, rezultatul unei evaluări poate fi trimiterea clientului la un coleg potrivit.

Într-o sesiune de evaluare suntem interesați de dificultățile prezentate așa cum sunt descrise de client, și vom fi de asemenea interesați în situarea acestor dificultăți atât într-un câmp istoric cât și într-unul contextual curent. Ar fi util, de exemplu, să știm dacă un client care se prezintă cu anxietate severă consumă, de asemenea, opt căni de cafea zilnic! Atitudinea clientului în legătură cu faptul că vine să ceară ajutor va fi de asemenea importantă de observat și discutat, de vreme ce motivația și implicarea vor avea probabil un efect asupra cursului pe care îl va urma terapia (de ex. Orlinsky et al., 1994). Recomandăm o discuție cu clientul despre ceea ce el vrea să obțină de la terapie și să cădem de acord asupra unor țeluri, nu într-un mod exagerat de instrumental, ci ca parte a demersului colaborator care este negociat. O astfel de abordare este sprijinită de studii de cercetare, în termenii potențialului pentru un rezultat pozitiv (de ex. Tryon și Winograd, 2002).

## 53 Dimensiunile relației terapeutice: o privire de ansamblu

Considerăm că relația terapeutică este co-creată la un nivel de experiență verbal, conștient, explicit și la un nivel de experiență inconștient, implicit, non-verbal. În procesul de dezvoltare al unei relații terapeutice, terapeutul se poate angaja în poziții relaționale sau moduri de a relaționa cu clientul diferite. Aceste dimensiuni relaționale diferite au fost schițate pentru prima dată de Gelso și Carter (1985), care au identificat alianța de lucru, relația persoană-la-persoană și relația de transfer. Clarkson (1989) a adăugat la acestea relația necesară de dezvoltare sau relația reparatorie și relația transpersonală, apoi a oferit o discuție detaliată despre aceste ”cinci relații în terapie”. La acestea noi am adăugat relația reprezentațională. Mai jos vom trece în revistă aceste șase modalități de relaționare.

În momente diferite, o dimensiune a relației va fi figură în timp ce celelalte sunt în fundal, iar aceste schimbări este probabil să continue pe măsură ce munca progresează. Oricum, trebuie să accentuăm importanța crucială a unei alianțe de lucru eficiente, pentru ca terapia să înceapă în primul rând. Atunci când alianța de lucru funcționează bine, va servi ca bază pentru toate celelalte activități terapeutice. Atunci când se ridică semne de întrebare, este nevoie să i se acorde atenție alianței de lucru, înainte ca terapia să poată continua. Măsura în care un terapeut va utiliza aceste modalități terapeutice diferite are de a face cu stilul personal al terapeutului și cu filosofia integrativă. De exemplu, unii terapeuți vor lucra mai mult într-o relație persoană-la-persoană, în timp ce alții vor fi mai orientați către lucrul cu transferul. Toate acestea constituie alegeri semnificative și afectează munca întreprinsă. Modul în care terapeutul alege și combină stilurile relaționale, va fi de asemenea în mod optim influențat de nevoile clientului și de stadiul terapiei.

## 54 Alianța de lucru și terapia eficientă

Alianța de lucru, denumită și alianța terapeutică, se prezintă în toate abordările psihoterapiei ca un construct cheie care sprijină un rezultat pozitiv. Ea are originile în psihanaliză, unde Freud (1913) a atras atenția asupra ”pactului” dintre analist și pacient, care ”se grupează laolaltă” având un țel comun bazat pe cererile realității externe. Pentru Freud, alianța a fost strâns legată de noțiunile de transfer pozitiv sau idealizat. Termenul ”alianță terapeutică” a fost creat de Zetzel (1956), care a subliniat faptul că, într-o terapie de succes există un acord conștient, de colaborare și rațional între terapeut și client, în legătură cu ceea ce se urmărește prin munca lor și cu modul în care aceasta se va desfășura. Munca, sau alianța terapeutică, a fost de asemenea privită ca fiind potențial vindecătoare în sine, indicând o legătură specială între terapeut și client. Unii scriitori ca Greenson (1965 și în Jaffe, 2004) accentuează că alianța de lucru are a face atât cu factorii de țel cât și cu o legătură. Bordin (1994) propune un model relațional în care alianța terapeutică este compusă din componentele integrative: legătură, țeluri și sarcină. Gelso și Carter (1994) se referă la alianța de lucru ca la alinierea sinelui rațional al clientului cu sinele analizator al terapeutului – o aliniere creată pentru a sprijini munca pe măsura desfășurării sale.

Alianța de lucru a constituit un focus cheie în literatura de cercetare asupra rezultatelor terapiei și a generat un mare număr de studii. Martin (1998, citat în Horvath și Bedi, 2002) a identificat 1405 studii de cercetare între 1977 și 1997. Din 1998 până în 2000, au fost identificate alte 650 de studii (Horvath și Bedi, 2002). Un mare număr de studii au dezvoltat scale de măsurare a constructului alianței de lucru și de urmărire a progresului acesteia de-a lungul perioadei terapiei. Per ansamblu, studiile sugerează că există o relație pozitivă între puterea alianței de lucru și factorii rezultatelor în psihoterapie (Luborsky, 1994; Glass și Arnkoff, 2000; Martin et al., 2000). Cercetarea atrage de asemenea atenția asupra faptului că stabilirea alianței de lucru devreme în terapie, să spunem între sesiunea trei și sesiunea cinci, determină un rezultat pozitiv (Batchelor și Horvath, 1999; Horvath și Bedi, 2002). În timp ce conceptul alianței de lucru a atras un interes și o activitate de cercetare semnificative, unele perspective recente (Safran și Muran, 2006) au început să chestioneze măsura în care factorii alianței pot fi separați de alte aspecte ale demersului terapeutic, de vreme ce toată relaționarea va fi un amestec de procese conștiente și inconștiente.

## 55 Relația persoană-persoană sau relația ”reală”

Buber (1923/1996) vorbește despre relația Eu – Tu ca fiind relația reală sau relația de bază atunci când doi oameni se întâlnesc și se întâmpină unul pe celălalt ca două ființe umane. Este caracterizată de un sentiment al unei întâlniri adevărate în aici și acum între doi oameni. Prin acest proces al întâlnirii fiecare este schimbat de celălalt și, în acest sens, terapeutul este foarte mult o parte din procesul schimbării. Ceea ce este esențial aici este sentimentul reciprocității și absența oricărei agende despre celălalt, deschiderea către o ”întâlnire reală” în care autenticitatea este principala ei calitate. Astfel de întâlniri se întâmplă în mod spontan atunci când ambii parteneri sunt deschiși la nou și la lucrurile ne-orchestrate în relație. Buber a arătat contrastul dintre relația Eu-Tu și relația Eu-Aceasta. În relația Eu-Aceasta, eu îl privesc pe celălalt ca pe un obiect și stau deoparte. Existențialiștii subliniază importanța întâlnirii și a adevăratei întâmpinări. Spinelli (2007) vorbește despre focusul terapiei existențiale ca fiind despre ”modalitățile prin care se exprimă legăturile…prin intermediul experienței trăite în mod curent de terapeut și de client a legăturii, pe măsură ce îi cuprinde pe amândoi în timpul întâlnirii terapeutice” (Spinelli, 2007: 12). Această deschidere către experiență stă la baza unei relații reale.

Hycner (1993) urmându-l pe Trub (1964), vorbește despre un accent duplicitar în terapie, între ”dialogic-interpersonal” și ”dialectic-intrapsihic”. ”Dialogic-interpesonal” se referă la urgența legăturii, de a-l întâmpina pe celălalt într-o întâlnire autentică deschisă, întâlnirea Eu-Tu. ”Dialectic-intrapsihic” se referă la explorarea comună a lumii interne a clientului, cu perspectiva de a înțelege viziunea asupra lumii a clientului și explorarea acelor factori care împiedică schimbarea, explorarea relației Eu-Aceasta. Acest contrast subliniază contractul între a lucra în relația reală și a lucra în alianța de lucru, așa cum este adecvată diferitelor stadii. Această tensiune este descrisă foarte bine de Hycner (1993): ”Întotdeauna există tensiunea de a privi materialul dialectic-intrapsihic și de a accepta și a explora aceste conflicte, încercându-se totuși întotdeauna să se ridice acest aspect la o legătură dialogică-interpersonală cu alții și cu lumea în general” (Hycner, 1993: 74). Acest echilibru delicat între explorarea intra-psihică și legătura inter-personală eficientă formează nucleul unei abordări relaționale a lucrului cu clienții. Eficacitatea terapiei este îmbunătățită prin acordarea atenției ambelor polarități.

De asemenea, dorim să facem distincția între momentele Eu-Tu ale întâlnirii în terapie și importanța menținerii de către terapeut a unei poziții relaționale Eu-Tu, chiar și atunci când clientul nu este deschis la urgența momentelor întâlnirii. Considerăm că clientul va simți la un nivel implicit bunăvoința terapeutului de a-l întâlni pe celălalt și că aceasta va fi o importantă sursă de speranță în terapie. Momentele Eu-Tu efective ale întâlnirii ies la suprafață dintr-o atmosferă de acceptare și de a fi gata să-l întâlnești pe celălalt. Aceste momente nu pot fi prevestite sau ”produse” după dorință, ci se ivesc mai degrabă ”pe neașteptate”, atunci când terapeutul și clientul sunt cu adevărat angajați în munca terapeutică. O poziție Eu-Tu este, în perspectiva noastră, înrudită cu conceptul lui Eric Berne ”sunt OK cu mine și sunt OK cu tine”. Berne considera că atitudinea ”Eu sunt OK – Tu ești OK” este esențială pentru terapeuți în relația cu clienții. Noi credem că acest lucru este important pentru legături eficiente în toate domeniile vieții. Această atitudine îi transmite clientului bunăvoința ta, ca și terapeut, de a te menține deschis la celălalt chiar și atunci când nu ești de acord cu persoana sau nu accepți/aprobi comportamentul său. Fiecare diadă terapeutică este diferită într-un mod unic și un client nu poate avea aceeași experiență cu un terapeut diferit. Ca urmare, se ridică la suprafață o întrebare interesantă: Ce anume această întâlnire în mod particular îi oferă acestui client, și care este relevant în mod special pentru creșterea sa și pentru dezvoltarea de noi perspective?

O întrebare care se ridică aici este referitoare la rolul auto-dezvăluirii în procesul de facilitare a unei relații reale persoannă-la-persoană. În terapiile umaniste auto-dezvăluirea este de mult acceptată ca parte a lucrului și este văzută ca facilitatoare a contactului real și a schimbării reale. În terapiile psihanalitice, auto-dezvăluirea a fost descurajată, deoarece se crede că împiedică dezvoltarea transferului. Noi distingem trei tipuri de auto-dezvăluire: cea care este de ne-ocolit și este evidentă (de exemplu, înfățișarea, accentul, rasa, genul, felul în care este mobilată încăperea ta, toate se încadrează în această categorie); împărtășirea propriilor reacții și sentimente în cabinet ca răspuns la materialul clientului (atunci când un terapeut împărtășește despre tristețe sau plictiseală sau furie în legătură cu unele aspecte ale poveștii clientului sau ale comportamentului său în cabinet); împărtășirea unor aspecte

despre propria situație de viață sau experiențe personale din ”afara” terapiei (dacă împărtășești că și tu ai copii, sau că și tu te simți anxios atunci când te prezinți în fața unei audiențe, se încadrează în această categorie). Nu recomandăm să fie folosită nici o formă de auto-dezvăluire activă fără a se lua în considerare cu atenție impactul pe care dezvăluirea îl va avea asupra clientului, asupra propriei persoane și asupra muncii terapiei. O discuție mai târziu, în carte, va oferi reflecții mai multe asupra acestui topic.

## 56 Transfer și contra-transfer

Din perspectiva teoriei inter-subiectivității, transferul este privit ca o manifestare a ”activității de organizare inconștiente” a unei persoane, care este modelată de percepții arhaice ale sinelui în relație cu alții și organizează inconștient percepțiile subiective asupra lumii ale unei persoane (Stolorow et al., 1994: 10). Un terapeut va fi

influențat de propria istorie personală și de baza de cunoștințe în psihoterapie, care la rândul lor vor influența materialul pe care alege să-l accentueze în procesul cu clientul. Nu putem scăpa de propria istorie și este crucial pentru terapeut să reflecteze cu grijă asupra muncii sale și să fie atent la propriile tipare și la modul în care acestea pot afecta defavorabil procesul terapeutic. Aceste reflecții vor implica și o mare atenție la reacțiile de contra-transfer. Ceea ce Stolorow et al. subliniază este relația fără ieșire, ”sistemul de influență reciprocă”, care operează între transferul clientului și contra-transferul terapeutului. Atunci când doi oameni interacționează, două seturi de principii organizatoare vor fi întotdeauna în acțiune pentru a crea o interacțiune unică. Nici unul nu poate fi înțeles fără să i se acorde atenție și celuilalt, în contextul relației.

Vom arunca o privire mai întâi asupra definițiilor mai clasice ale transferului și contra-transferului și apoi vom trece în revistă modelul de transfer care decurge din teoria inter-subiectivității și din psihologia sinelui. Rycroft (1979), în *Dicționarul Critic al Psihanalizei*, definește transferul după cum urmează: ”Procesul prin care un pacient deplasează asupra analistului său sentimente, idei, etc. care provin de la figuri anterioare din viața sa” (p. 168). În acest sens, pacientul/clientul deplasează în prezent sentimente care aparțin trecutului și reacționează față de terapeut ca și cum acesta ar fi mama, tatăl, profesorul, etc. La început, psihanaliza a privit transferul ca pe un fenomen regretabil, care împiedica tratamentul. Progresiv, lucrul cu transferul a început să fie privit ca un element central al procesului, pentru că permitea interpretarea acestor obiecte interne proiectate și oferea oportunitatea de îndepărtare de tiparele de relaționare din trecut. Winnicott (1956: 296) scoate în relief că, în privațiunea foarte timpurie, se poate să nu existe o conștientizare a procesului sinelui fals, pentru că încă nu există ego-ul ca identitate stabilită. Analistul se va lăsa atunci să fie folosit ca și obiect de către pacient, așa încât pacientul să poată experimenta sentimentele de furie, tristețe, frică și alte emoții care s-ar putea să fi fost reprimate.

Teoreticienii inter-subiectiviști iau în considerare două dimensiuni ale transferului, pe care le-au numit ”sinele obiect” și ”repetitiv” (Stolorow și Atwood, 1992: 25). Dimensiune a repetitivă îl poate invita pe celălalt să repete tiparul disfuncțional din trecut, și reprezintă teama că această persoană din prezent va reacționa așa cum au făcut-o alții în trecut. Dimensiunea sine-obiect reflectă dorința pentru o nouă experiență cu potențial reparatoriu, un răspuns relațional diferit în prezent. Putem vedea că ambele dimensiuni sunt întotdeauna prezente în relația terapeutică, deși în orice moment dat una sau cealaltă poate pretinde prioritatea. Contra-transferul a fost original privit ca împiedicând tratamentul eficient și se pretindea ca analistul să lucreze la aceste probleme în propria sa analiză. În mod progresiv, contra-transferul a devenit recunoscut ca o sursă de informații despre client potențial utilă. Casement (2002) vorbește despre ”comunicarea prin impact”, pentru a descrie efectul pe care unii pacienți îl au asupra analiștilor lor, atunci când nu sunt capabili să-și exprime durerea în cuvinte. ”Unii pacienți au nevoie să fie în stare să aibă acest gen de efect asupra terapeutului, aceasta fiind o modalitate esențială de a comunica ceea ce altfel ar fi de nerostit” (p. 73). Permițând acest impact, terapeutul poate începe să câștige o înțelegere a experienței clientului cu relațiile dureroase timpurii.

## 57 Relația reparatoare sau ca nevoie de dezvoltare

Considerăm că toată terapia eficientă are o dimensiune potențial reparatorie, pentru că îi oferă clientului oportunitatea unei noi experiențe; oferă o relație diferită de trecut, prin care persoana poate experimenta acceptarea și poate avea spațiul pentru a explora elemente din trecut care au fost reprimate sau care nu au fost niciodată puse în cuvinte. Considerăm că procesul reparator primar stă în relația însăși, în experimentarea unei calități a empatiei

și acordajului care lucrează foarte puternic la un nivel relațional implicit. Clientul are oportunitatea de a experimenta întreaga gamă de afecte asociate unei experiențe, în timp ce crează o nouă narațiune în siguranța relației terapeutice, care permite integrarea experiențelor din trecut și deschiderea de noi posibilități. Simbolizarea experienței la nivel verbal este însoțită de acordajul în profunzime transmis de ton, ritmul vorbirii, limbaj corporal și postura terapeutului, înrudite cu ceea ce Daniel Stern descrie ca ”afecte de vitalitate” (1985: 54). Cea mai mare parte a muncii eficiente a terapiei este purtată la un nivel care este dincolo de cuvinte. ”Terapeutul ascultă verbalizările explicite ale pacientului dar, în același timp, ascultă de asemenea la un alt nivel, un nivel subiectiv aproape-de-experiență care procesează implicit comunicarea afectivă dinamică moment-cu-moment la niveluri sub-conștiente” (Schore, 2005).

Asistându-l pe client în crearea unei noi narațiuni care să dețină noi posibilități, terapeutul va fi de asemenea activ în a-l ajuta pe client să lucreze cu tipare din trecut fixate și repetitive, pentru a produce schimbarea. Așa cum s-a sugerat mai devreme, terapia eficientă îi oferă persoanei posibilitatea de a obține o perspectivă externă asupra sinelui și a lumii, care facilitează o schimbare în percepția de sine și în perspectiva asupra vieții, aprovizionarea cu experiențe noi care provoacă evenimentele traumatizante din trecut, și oportunitatea de a consolida noi comportamente într-un mediu susținător. În acest sens, toată terapia eficientă are o dimensiune reparatorie.

Atunci când folosim termenul ”ca nevoie de dezvoltare”, ne referim în parte la procesul descris mai sus, care reprezintă oportunitatea în prezent, într-o stare non-regresivă, de a construi o gamă de experiențe noi. Oricum, termenul ”ca nevoie de dezvoltare” poate avea întrucâtva și o conotație diferită, și anume că se poate referi la un proces în care clientul regresează iar terapeutul, ”în locul părintelui”, oferă în mod direct ceea ce a lipsit în istoria de dezvoltare. În analiza tranzacțională există un proces de re-parenting (parenting = a fi părinte, n.t.) care implică un tratament rezidențial pe o durată de câțiva ani, și care include perioade de regresie care sunt planificate cu atenție și echipate după nevoile persoanei. Acest lucru este făcut în contextul unui program în care aceste experiențe sunt procesate și integrate așa încât persoana să dezvolte o stare a ego-ului de Părinte nouă și internalizată, bazată pe terapeut ca persoană (Schiff et al., 1975). Astfel de procese au fost supuse criticii – că terapeutul devine ”obiectul de gratificare” și încearcă să fie un părinte mai bun, în loc să-i ofere clientului oportunitatea de a experimenta durerea trecutului într-o atmosferă de acceptare, așa încât să treacă mai departe. În mod clara aceasta este o zonă provocatoare și interesantă pentru un psihoterapeut integrativ, pentru cercetare, pentru a reflecta asupra ei și pentru a se gândi la etică precum și la posibilitățile clinice.

Pare de asemenea un lucru potrivit aici să clarificăm semnificația originală a termenului lui Alexander și French de ”experiență emoțională corectoare”, care se aseamănă întrucâtva cu re-parenting, fără a fi echivalentul celui din urmă, și într-un alt fel descrie o relație reparatoare în prezent. Ei spun: ”Principiul terapeutic de bază este același: de a re-expune pacientul, în circumstanțe mai favorabile, la situații emoționale cărora nu le-a putut face față în trecut. Pacientul, pentru a putea fi ajutat, trebuie să treacă printr-o experiență emoțională corectoare, potrivită pentru repararea influenței traumatice a experiențelor anterioare” (Alexander și French, 1946: 66). Întrebarea crucială este ce înseamnă ”circumstanțe mai favorabile”. Ei citează exemple în care diminuează intensitatea transferului prin furnizarea activă a unei poziții care este diferită de cea a părintelui original. Dacă părintele a fost foarte autoritar, atunci terapeutul poate să fie relaxat și să accepte fără critică, iar dacă părintele nu a oferit granițe și nu a stabilit limite, terapeutul își poate asuma un rol mai autoritar și activ în această privință. În acest sens, clientului îi este oferită o nouă experiență în prezent. ”La unii pacienți, doar contrastul pronunțat dintre reacțiile propriului super-ego auto-critic al pacientului și atitudinea permisivă a analistului produce rezultate profunde” (Alexander și French, 1946: 70). Această declarație din urmă poate fi privită ca referindu-se la relația ca nevoie de dezvoltare.

## 58 Relația transpersonală

Relevanța perspectivei transpersonale asupra procesului psihoterapiei stă în recunoașterea faptului că nu toate experiențele pot fi direct observate și că totalitatea întâlnirii psihoterapeutice (sau a oricărei întâlniri) este probabil să fie mai mare decât suma părților sale. În timp ce această idee poate fi înțeleasă în parte printr-o perspectivă neuro-științifică și legată de schimburile afective și de conexiunile emisferei drepte, ne-ar plăcea de asemenea să creăm spațiu pentru ceva de domeniul spiritual, așa cum poate ieși la iveală într-o psihoterapie integrativă. La Punctul 34 am atras atenția asupra unui număr de tradiții bogate și a unei literaturi din ce în ce mai extinse asupra subiectului transpersonal. În acest context suntem preocupate cu felul în care aceste idei se manifestă în procesul

psihoterapiei. Vom pleda pentru faptul că, în timp ce dificultățile prezentate ale clienților pot fi categorizate într-o gamă de formulări psihologice, la un nivel mult mai general clienții aduc adesea cu ei în cabinet o formă de ”de-conectare”. Ei par a căuta o modalitate de a se conecta cu ceva mai presus de ei înșiși, de a se simți mai mult una cu universul. În această măsură putem conceptualiza călătoria ca o căutare a semnificației spirituale. Aceasta nu înseamnă ”transcederea” relaționării umane, ci mai degrabă bazarea schimburilor noastre mai profund în relația însăși, într-un mod care conectează această experiență cu umanitatea mai largă.

Wahl (1999) critică tendința din literatura transpersonală de a se face o distincție între psihologic și spiritual. El argumentează că aceasta este o distincție artificială și academică, și că a fi cu un client poate fi privit ca un proces psihospiritual mai integrat, în care suntem confruntați cu o mare parte de necunoscut și cu idea lui Buber de ”har” (Buber, 1923/ş1996). Ne putem deschide către comunicare și contact, dar nu ne putem asigura că are loc o întâlnire mai profundă între două ființe umane. Paradoxal, acceptarea necunoscutului poate sprijini procesul întâlnirii, așa cum este atât de puternic declarat de Rogers (1980): ”Găsesc că atunci când sunt mai aproape de sinele meu interior intuitiv, atunci când sunt întrucâtva în contact cu necunoscutul din mine, atunci când sunt poate într-o stare a conștiinței ușor alterată, atunci orice aș face pare să fie plin de vindecare” (p. 129). Acest accent pe prezența terapeutului este de asemenea subliniat de Hycner (1993) care sugerează că ”a fi pe deplin prezent este deja o sfințire” (p. 98).

Poate că domeniul care pare a aduce la suprafață transpersonalul în modul cel mai direct și mai intens este în munca terapeutică desfășurată cu victime ale torturii sau ale situațiilor extreme bazate pe acțiuni politice. Acel context ne confruntă cu inumanitate și traumă la o scară care nu poate fi organizată corect prin intermediul teoriei psihologice și a practicii asociate. Kate Maguire (2001), care este specializată în astfel de muncă, ne oferă următoarea observație:

> În tortură și durere extremă persoana este dusă într-un alt tărâm al experienței, care nu poate fi descris în limbaj obișnuit, deoarece conceptele nu pot fi împărtășite. Separarea este un golf în care persoana și terapeutul caută o cale de a conecta ceea ce a fost atât de brutal deconectat și omenirea, dacă ascultă, va fi reânnoită spiritual și smerită de călătoria înfricoșătoare înapoi la noi, făcută spre beneficiul nostru.
>
> (p. 135)

## 59 Relația reprezentațională

Relația reprezentațională se referă la natura contextuală a tuturor relațiilor și la modul în care contextul influențează percepția clientului despre terapeut. Aici întrebăm: Pe cine sau ce eu, ca terapeut, reprezint pentru acest client? Modul în care clientul mă percepe va fi foarte mult influențat nu numai de istoricul lui personal, dar și de istoricul nostru comun, ca ființe umane. Ce rol eu, ca persoană, joc în percepția curentă a clientului despre mine ca autoritate? Atunci când ne gândim la natura relației reprezentaționale, trebuie să luăm în considerare factori ca rasa, cultura, naționalitatea, istoria națională, genul, orientarea sexuală, vârsta, contextul întâlnirii noastre și așteptările care îl înconjoară, ce aș putea reprezenta pentru client în termenii poziției mele într-o organizație, evenimentele curente în arena socială și politică, care pot influența percepția clientului față de mine ca terapeut, probleme de clasă și statut economic, care pot fi evidente la întâlnirea noastră. La acea primă întâlnire nu suntem ființe umane

neutre. Mulți factori vor fi prezenți imediat și unii dintre ei vor fi intrat deja în relație la primul nostru contact, la telefon. Conceptul de pre-transfer are relevanță aici. Acesta se referă la imaginea pe care clientul o construiește înainte de întâlnire, din orice indicii care sunt disponibile, uneori chiar și din comentarii pe care un prieten care te cunoaște le-a făcut față de el. Pot exista mai multe surse ale pre-transferului: clientul își va forma o imagine despre tine de la numele tău, tonul vocii și accentul pe care le aude la telefon, dintr-o căutare pe web, și orice alte indicii pe care le va găsi chiar înainte de întâlnire și care vor influența reprezentarea pe care și-o formează. În zilele naostre, nu este un lucru neobișnuit ca un client să spună ”Ei bine, te-am căutat pe Google și am descoperit…”.

Este important să-i permiți clientului să exploreze care sunt implicațiile percepției sale și ce ar putea însemna asta pentru alianța terapeutică. Exemple din propria noastră experiență includ: o clientă de culoare care a realizat la prima întâlnire cu terapeuta că aceasta este o Sud Africană albă și s-a simțit nesigură să lucreze cu cineva care pentru ea încă reprezenta opresiunea și regimul apartheid; un client evreu mai bătrân care a fost trimis la un terapeut German și nu era sigur cum putea să lucreze cu cineva pe care el îl asocia cu un complice al Holocaustului, chiar dacă numai prin strămoșii săi; un client alb care a făcut o programare la o terapeută neagră, fără să-și dea seama că terapeuta era neagră și nu era sigur că ea va înțelege experiența lui ca persoană albă; o femeie mai în vârstă care a fost trimisă la o terapeută care ”arată de vârsta fiicei mele” și a adăugat ”Cum ar putea să mă ajute cineva atât de tânără ca tine, care are atât de puțină experiență de viață?”. Daca terapeutul va începe în mod impulsiv să contrazică impresia inițială sau să ofere dovezi extenuante pentru a contracara ceea ce pare a fi o acuzație proiectată, acest lucru nu va fi de loc facilitator pentru alianță. Pur și simplu va îngropa o agendă de lucru crucială, sau clientul poate pur și simplu să nu se mai întoarcă. O explorare deschisă va fi deja bogată din punct de vedere terapeutic și, în cel mai bun caz, va oferi terenul pentru o muncă rodnică în viitor sau o bază constructivă pentru o trimitere mai departe, către alt terapeut.

## 60 Opinii diferite despre lucrul cu transferul

Transferul este un concept care vine din psihanaliză. Dintr-o perspectivă umanistă, Clarkson (1992) și Mackewn (1997) oferă amândoi rezumate succinte ale diferitelor modalități de abordare a transferului, care oferă o listă de verificare foarte folositoare pentru terapeutul integrativ care își dezvoltă stilul individual. Ne modelăm discuția nosatră pe aceste rezumate.

### *A permite, a invita și a rezolva transferul*

Aceste opțiuni sunt de obicei asociate cu un mod de lucru psihanalitic. Psihoterapeutul permite transferului să se dezvolte și apoi lucrează cu acest proces în primul rând prin intermediul interpretării. Unii terapeuți vor invita în mod activ transferul, întrebând despre reacția clientului la propria persoană. Pentru a rezolva transferul, terapeutul trebuie să-i permită transferului să se dezvolte, astfel încât clientul poate trece la stadiul de ”folosire a obiectului” (Winnicott, 1968/1989), unde experiența clientului cu terapeutul, în termeni de experiențe trecute proiectate în prezent, poate fi lucrată și rezolvată. Oricum, așa cum Greenberg (1999) subliniază, aici intră în joc diferite tipuri de folosire a obiectului: ”Dacă analistul nu poate fi experimentat ca un obiect nou, analiza nu se poate desfășura niciodată; dacă nu poate fi experimentat ca unul vechi, nu se mai termină niciodată” (p. 143). Procesul lucrului la transfer poate lua timp și este de obicei domeniul terapiei pe termen mai lung.

## *Menținerea unei poziții de explorare în aici și acum*

Mackewn (1997) subliniază opțiunea adoptării ”unei poziții exploratoare și fenomenologice, în care nici nu presupui că reacțiile clientului sunt transfer, dar nici nu excluzi posibilitatea” (p. 96). În acest proces poți accepta percepția clientului asupra evenimentelor și, în același timp, să explorezi ce anume în schimbul sau contextul prezent a putut declanșa reacția, ”a reacționa autentic în prezent” (p. 96). Această abordare este adoptată de mulți terapeuți Gestalt. Aceasta va implica un focus aici-și-acum asupra relației și va putea de asemenea include și altă opțiune menționată de Mackewn (1997): ”Puteți explora în colaborare posibilitatea ca clientul sau tu (sau amândoi) să vedeți evenimente sau oameni din prezent prin lentilele trecutului” (p. 96). Toate aceste opțiuni vor facilita dezvoltarea ”relației reale”.

## *Ignorarea, evitarea sau minimizarea transferului în favoarea relației reale*

O altă opțiune asociată îndeaproape cu cea anterioară, pe care am asociat-o cu Gestalt-ul, abordările existențiale și centrate pe persoană, este de a ignora transferul ca un concept util sau modalitate de a lucra și de a lucra cu întâlnirea din aici și acum, așa cum se desfășoară în cabinet. Credem că nu este posibil ca transferul să fie complet ignorat, deoarece cu toții avem principiile noastre organizatoare bazate pe experiențele trecutului. Oricum, putem minimaliza transferul prin identificarea cu realitatea curentă și prin aducerea discuției înapoi la relația reală. Acest lucru va implica de obicei o formă sau alta de auto-dezvăluire din partea terapeutului. Mearns și Cooper (2005) accentuează importanța lucrului la nivel relațional, fără a se face apel la conceptul de transfer. Ei accentuează împărtășirea reciprocă, declarând: ”Una din consecințele interesante ale acestui grad de reciprocitate în relația terapeutică este că nu există absolut nici un fenomen de transfer la acest nivel de conectare continuă” (p. 53). Ei consideră că maniera în care s-a lucrat cu transferul în analiza clasică ”este bazată pe o relație relativ superficială, menținută de analist la nivelul procesului de transfer, care blochează activ o angajare la o profunzime relațională” (p. 159). În timp se subliniază importanța empatiei și a prezenței pentru client din partea terapeutului, receptivitatea terapeutului fiind întâmpinată de receptivitatea clientului sunt cele care co-crează întâlnirea. De aceea privim asta ca pe o concentrare pe relația reală și o minimalizare sau ignorare a transferului.

## *Întreruperea temporară a transferului*

Clarkson (1992) discută exemple în care clientul, într-o sesiune, poate fi prins atât de mult în furie sau durere către sfârșitul sesiunii încât poate fi necesar să i se reamintească limita de timp și să fie invitat în starea de ego Adult. Un alt exemplu pe care ea îl oferă este cel în care terapeutul refuză rolul de părinte atunci când clientul cere permisiune într-o manieră copilărească, apelând la Adultul clientului, pentru a evita o invitație la satisfacerea ”pretențiilor copilului”. Aceste exemple sugerează o strategie pentru a invita persoana înapoi în alianța de lucru, astfel încât terapeutul nu este identificat cu ”obiectul vechi” și procesul terapiei poate fi reluat. Riscul pe care terapeutul și-l asumă la întreruperea transferului este că acest lucru va fi experimentat de client ca o ruptură a alianței.

## *Deplasarea transferului*

În unele abordări, cum ar fi terapia Gestalt și terapia de re-decizie din cadrul analizei tranzacționale, tehnici specifice, cum ar fi lucrul cu scaunul, sunt folosite pentru deplasarea transferului și pentru externalizarea dialogului intern, pentru a sublinia conflictul intern între părți ale aceleași persoane. În loc să invite transferul în diada terapeutică, terapeutul va invita persoana ”să-ți plasezi tatăl/șeful/figura de autoritate pe un scaun” și ”să stai pe scaunul celălalt tu însuți” și să inițieze un dialog în două sensuri pentru a scoate la suprafață dialogul intern și pentru a identifica introiecțiile asociate. În acest mod terapeutul ”deplasează” transferul și îl încurajează pe client să-și asume proiecțiile. Această tehnică poate funcționa foarte bine atunci când clientul este conștient de natura transferului, dar poate fi experimentată ca fiind irelevantă sau chiar persecutoare atunci când transferul este legat de dezvoltarea timpurie sau de aspecte non-verbale ale experienței, care nu au fost articulate niciodată. În astfel de cazuri clientul va experimenta aceste senzații și sentimente de transfer în legătură cu terapeutul și atunci acestea vor trebui adresate direct în cadrul relației terapeutice.

## 61 Dimensiuni repetitive și de sine-obiect ale transferului

Ne-am referit mai devreme la diferențele dintre dimensiunile transferului de ”sine-obiect” și ”repetitive” (Stolorow și Atwood, 1992). Marion Tolpin, din cadrul disciplinei psihologiei sinelui, a numit aceste transferuri ”marginea de creștere sau marginea conducătoare” pentru dimensiunea sine-obiect și ”marginea atârnătoare” pentru dimensiunea repetitivă (Tolpin, 2002: 167). Ea crede cu tărie că trebuie să fim conștienți în mod egal de aceste două dimensiuni în lucrul cu clientul nostru. Ea definește aceste transferuri mai departe ale marginilor ca ”transferuri ale dezvoltării din copilărie care încă au rămas sănătoase în profunzimile inconștientului, deși sub forma unor ”lujeri” fragili care sunt contracarați, opriți din creștere sau zdrobiți” (p. 168). Trebuie să sprijinim acești lujeri care se luptă din răsputeri, să iasă la suprafață și să crească. În acest mod putem reînvia imboldul către maturizarea în dezvoltare. În ceea ce privește dimensiunea ”sine-obiect”, clientul va privi spre terapeut pentru a recunoaște nevoile sine-obiect oglindite, idealizate sau identice (Kohut, 1984), la care nu s-a făcut acordajul în procesul de dezvoltare, și va vindeca rupturile sine-obiect din copilărie prin internalizarea empatiei susținute a terapeutului. Dimensiunea repetitivă va fi legată de schema interpersonală de bază a persoanei și de scenariul său, în mod particular dacă

acesta este conectat cu experiențe nesatisfăcătoare din trecut. Această perspectivă asupra transferului este apropiată de definițiile tradiționale ale transferului, care spun că clientul transferă relații din trecut în prezent.

Aceste două aspecte ale transferului oscilează constant, astfel încât la orice moment dat unul poate fi în prim plan, în timp ce celălalt se află în fundal. Așadar, este important ca terapeutul să le ”onoreze” pe amândouă în intervenția sa. De exemplu: ”Spui că nu ai vrut să vii la sesiunea de astăzi și totuși ți-ai mobilizat energia să fii aici”; ”Accept că ai un motiv întemeiat să fii furios pe mine pentru că nu ți-am zâmbit în maniera mea obișnuită atunci când ai venit astăzi, și ce înțeleg în asta este cât de important este pentru tine salutul meu prietenos atunci când intri în cabinet”; ”Îmi dau seama că ești cu adevărat supărat și furios pentru că, în ultima sesiune, m-ai experimentat ca și cum nu aș vrea tot ce este mai bun în interesul tău, și este cu adevărat important pentru mine că ai venit astăzi să-mi spui despre asta. Am încredere că putem sta de vorbă despre asta”; ”Spui că nu ești interesat să te ajuți pe tine și totuși ești aici, în cabinetul terapeutului, așa încât mă întreb ce te-a adus aici”. În acest mod ambele aspecte ale transferului sunt recunoscute, de vreme ce amândouă sunt importante în sistemul de reacții al persoanei. Atunci când psihoterapeutul este perceput că îl înțelege pe client, dimensiunea sine-obiect va fi în creștere. Atunci când persoana se simte ”omisă” în interacțiune și într-un acordaj greșit cu terapeutul, dimensiunea repetitivă devine figură. Pentru acest motiv, este esențial ca terapeutul să fie atent la producerea rupturilor alianței terapeutice, și să dezvolte modalități creative de a face față unor astfel de întâmplări, subiect pe care îl vom adresa mai pe larg mai târziu.

## 62 Niveluri implicite și explicite ale relației

Fiecare interacțiune cu un client implică atât schimburi verbale explicite cât și schimburi non-verbale implicite. Grupul Boston de Studiu al Procesului de Schimbare (2008) a ales să folosească termenii de ”domeniu implicit” și ”domeniu reflectiv-verbal” pentru aceste două domenii de interacțiune (p. 125). Ei vorbesc despre ”cunoașterea relațională implicită” sau ”a ști cum să fii cu altcineva” (p. 128) ca o formă de reprezentare procedurală care corespunde cunoașterii despre relații acumulată la un nivel inconștient în interacțiunea cu alte persoane semnificative. Ei accentuează că o astfel de ”cunoaștere” poate să nu devină niciodată codată simbolic, este atât afectivă cât și cognitivă și ”funcționează în mod tipic în afara atenției focalizate și a experienței conștiente, fără a fi tradusă în limbaj” (p. 128). În domeniul verbal ne traducem experiența simbolic, în limbaj, și creăm o narațiune care dă semnificație experienței noastre. Sugestia este că cunoașterea implicită este un proces de o viață și nu corespunde doar cu memoriile procedurale pe care le reținem din perioada pre-verbală a vieții noastre. În cea mai mare parte, această cunoaștere relațională implicită va influența stilurile noastre de relaționare la nivel inconștient. Oricum, este posibil să devenim brusc conștienți de natura cunoașterii noastre relaționale atunci când ne mutăm dintr-o cultură în alta, unde ”regulile și procedurile” implicite sunt diferite de propria noastră cultură. Pot exista discrepanțe semnificative între schimburile implicite și cele explicite.

Lucrul cu conștientizarea corporală din Gestalt și alte terapii cu procesul corporal sunt focusate pe aducerea în conștientizare a unor astfel de discrepanțe și pe a le explora semnificația, pentru a scoate la suprafață zone de nevoie, emoție sau experiență care nu sunt în conștientizare și care pot împiedica persoana să se bucure de deplinătatea vieții. Pentru Gestalt este central un focus pe stilul distinctiv al clientului de a se deplasa de la contact la retragere în relația cu alții, în mediu. Terapeuții Gestalt vor observa cu atenție indiciile verbale explicite și corporale implicite care se reflectă în stilul clientului de a modera contactul cu lumea din jurul său și prezența disjuncțiilor sau a întreruperilor în cursul lin al acelui proces relațional. ”Stilurile de contact habituale…pot menține tipare fixe de comportament care neagă sau deplasează nevoi sau sentimente pe care persoana, în trecut, pentru unele motive, le-a considerat prea problematice ca să le permită” (Mackewn, 1997: 105-106). Prin intermediul unui focus pe creșterea conștientizării corporale, terapeutul îl poate asista progresiv pe client să scoată la suprafață dorințe, nevoi și sentimente care au fost suprimate sau nu au fost niciodată traduse în limbaj, pentru a facilita o gamă mai largă de alegeri creative în viața acestuia.

## 63 Inconștientul co-creat sau ”al treilea analitic”

Conceptul inconștientului relațional este la baza abordării psihoterapeutice două-persoane. Inconștientul relațional este numit în cea mai mare parte a literaturii psihanalitice ca ”al treilea analitic”. Gerson (2004) își asumă perspectiva că inconștientul relațional este o parte fundamentală a oricărei relații între doi oameni, care este construit prin interacțiune în cadrul diadei, și, la rândul lui influențează procesul transformator al experienței subiective a ambelor persoane:

> Inter-subiectivitatea și inconștientul relațional sunt cel mai bine privite ca procese prin care oamenii comunică unii cu alții fără a fi conștienți de dorințele și fricile lor, și, făcând acest lucru, structurează relația atât în funcție de refugii reglate reciproc și urmăriri ale recunoașterii cât și de expresii ale subiectivității individuale.
>
> (Gerson, 2004: 83)

Ogden (1994) vorbește despre trei subiectivități în cabinet: a analistului, a analizatului și a celui de”-al treilea analitic”. Acest al treilea analitic nu ”aparţine” nici terapeutului și nici clientului, ci mai degrabă amândurora, în mod simultan.

Procesele de transfer și contra-transfer sunt atât de inextricabil împletite în procesul inconștient comun, încât devine o provocare să se separe ”ce aparţine, cui” și ceea ce aparţine ambilor oameni din încăpere. Putem fi conştienţi că ne simţim anxioşi într-o interacţiune terapeutică şi ne asumăm că avem o anxietate în legătură cu acest client. Dar, apoi este posibil să iasă la suprafaţă că şi clientul şi-a suprimat anxietate în legătură cu această întâlnire, aşadar anxietatea este co-creată în încăpere, între doi oameni. Provocările ies la suprafaţă atunci când cea mai mare parte a acestui proces are loc în afara conştientizării. Dacă reflectăm asupra reacţiilor noastre de contra-transfer, am putea foarte bine să devenim atenţi la o agendă din încăpere care nu a fost menţionată în dialog. Acest lucru poate lua forma ieşirii la suprafaţă a unui material reprimat sau poate reprezenta material care nu a fost până acum niciodată rostit de client. Material din inconştientul relaţional sau din ”al treilea analitic” poate ieşi la suprafaţă în puneri în scenă. Termenul ”punere în scenă” este folosit pentru a accentua natura comună şi co-creată a procesului din cabinet. Acesta este în contrast cu termenul ”a se manifesta” care de obicei evocă comportamente destul de neplăcute şi dramatice, şi nu recunoaşte că aceste comportamente sunt întotdeauna co-create. O punere în scenă poate de asemenea semnaliza un impas terapeutic sau ”pat” (la șah – n.t.), în care am devenit înțepeniți în procesul terapeutic şi se pare că nu găsim o cale de a continua. Atunci când acest al treilea spaţiu este compromis ca și în rupturile în alianţa terapeutică, atunci acest lucru necesită atenţie înainte de a continua cu terapia. Acest concept de al treilea analitic este folosit în literatura despre puneri în scenă şi impasuri terapeutice. Gerson (2004) se referă la termenul de al treilea analitic aşa cum se referea la un spaţiu analitic, un spaţiu comun de dialog, o calitate a spaţiului mintal care oferă ”un spaţiu reflectiv bazat pe recunoaştere reciprocă” şi care permite terapiei să se desfăşoare (p. 78). Privim co-crearea acestui ”spaţiu terapeutic” ca fiind inima unei alianţe de lucru eficiente. Privim acest lucru ca fiind similar cu conceptul lui Buber (1923/1996) de ”între”, şi la care Hycner (1993) se referă ca fiind inima dialogului în terapia Gestalt.

”Al treilea de dezvoltare” este un precursor al capacităţii de a intra într-un spaţiu reflexiv comun şi o bornă de dezvoltare pentru copil în procesul de mentalizare descris de Fonagy et al. (2004). Wright (1991) schiţează procesul de dezvoltare prin care copilul trece de la a fi dependent de imaginea despre sine aşa cum este reflectată de ochii mamei sale, la câştigarea unei perspective a unei ”a treia persoane” din afară, din perspectiva tatălui (sau, în perspectiva noastră, o altă persoană semnificativă din afara diadei mamă-copil). În acest proces copilul începe să dezvolte o perspectivă despre sine din afară, din perspectiva altuia, lucru care îl ajută să înţeleagă felul în care alţii îl percep şi, progresiv, aceasta conduce la o înţelegere a multitudinii de naraţiuni care pot ieşi la suprafaţă în mod simultan de la observatori diferiţi. Acesta este procesul prin care o persoană acumulează în mod progresiv o vedere a lumii din mai multe perspective şi dezvoltă o apreciere a diferenţei. Dacă această capacitate de reflecţie sau mentalizare este compromisă de trauma relaţională timpurie, atunci persoana va face eforturi să-i evalueze pe alţii şi impactul său asupra lor.

”Al treilea cultural” există în afara şi dincolo de diada terapeutică; aceasta este o ”treime” care cuprinde şi influenţează întâlnirea diadică adesea în afara conştientizării, dar, în acelaşi timp şi frecvent în moduri foarte puternice. Privim acest lucru ca referindu-se la forţe culturale, politice şi sociale care sunt în câmpul mai larg. De exemplu, conştientizarea în creştere şi dialogul public despre probleme ca abuzul sexual în copilărie şi violenţa domestică le permite acum oamenilor afectaţi să acceseze servicii mult mai uşor decât în vremurile anterioare. Ne aducem cu noi în cabinetul de terapie istoricul particular cultural şi rasial; acolo unde există diferenţe evidente acestea pot fi notate şi se poate lucra cu ele. Totuşi, acolo unde sunt împărtăşite similarităţi de suprafaţă, se pot lua ca fiind garantate anumite presupuneri culturale, de către terapeut sau de către client, în ciuda diferenţelor individuale de experienţă. Cultura psihoterapiei influenţează de asemenea procesul din cabinet, cu noi şi cu clienţii noştri. Abordările vestice ale psihoterapiei au fost de asemenea criticate pentru părtinirea lor culturală. Conform lui Lago şi Thompson (1996) ”procesul de creştere prin terapie este menit să arunce sau să scuture efectele influenţelor parentale, ale familiei sau ale comunităţii, care au perceput efecte negative” (p. 78).

## 64 Influența reciprocă mutuală: o psihologie de două persoane

Ceea ce am schițat până acum accentuează importanța unei psihologii de două persoane în contextul unui schimb relațional în care nici una din părți nu poate fi considerată pe de-a întregul separată de cealaltă. Asta nu înseamnă că o psihologie de o persoană nu este relevantă, dar tensiunea între cei doi este cea care este semnificativă în contextul lucrului terapeutic cu accentul său pe sine, pe alții și pe reglarea interactivă. Trevarthen (1993, 2001) în mod particular subliniază importanța unei păreri comune care cere o intersubiectivitate preverbală bazată pe schimbul reciproc de procese de comunicare ritmice, poziție care este recunoscută și sprijinită și de alți cercetători și scriitori (vezi Beebe et al., 2005). Este importantă idea că procesul înseamnă mult mai mult decât unul de ”potrivire” a reacțiilor. Potrivirea poate avea loc în contextul stărilor afective fie pozitive fie negative, iar studiile de cercetare au subliniat afectele negative ale anumitor genuri de potrivire dintre mame și copii, de exemplu, în care o mamă deprimată interacționează cu copilul ei (de ex. Field et al., 1990), sau în care potrivirea capătă o calitate crescătoare (Beebe, 2000). Munca lui Daniel Stern la acordajul afectului (Stern, 1985a) demonstrează atât importanța comunicării trans-modale dintre mamă și copil, cât și rolul perturbărilor de acordaj și importanța lor pentru dezvoltare.

Dată fiind importanța acestor idei de dezvoltare care decurg din studiile de cercetare asupra copiilor, avem nevoie să luăm în considerare modurile prin care acestea pot deveni relevante în procesul terapiei integrative. În primul rând, ne asumăm perspectiva că o concepție lineară a timpului trebuie să fie pusă deoparte în cadrul terapeutic, unde experiențele timpurii, bazate pe acordaje greșite sau pe potriviri inadecvate de comunicare pot fi distinse prin experiența prezentă între terapeut și client. Dată fiind natura preverbală a acestor experiențe este

posibil ca ele să nu poată fi identificate imediat în cadrul clinic, de vreme ce aceste interacţiuni sunt probabil co-construite inconştient între terapeut şi client. Totuși, o atenție mărită acordată procesului de acordaj şi acordaj greşit poate scoate în evidență zone relevante pentru o reflecție atentă, precum şi co-constrirea unor forme mai noi şi mai utile de relaționare în prezent. Cheia este, totuşi, o recunoaştere a faptului că atât terapeutul cât şi clientul sunt implicați într-o activitate de reglare reciprocă, negociind constant tensiunile conectării şi diferenței.

## 65 Concepţii ale timpului în psihoterapia integrativă

Subiectul "timpului " poate fi abordat într-o sumă de modalități diferite. În primul rând, aşa cum a fost subliniat înainte, există problema punerii timpului linear deoparte atunci când se lucrează terapeutic, accentuându-se ceea ce Michael Jacobs numeşte "trecutul prezentat" (Jacobs, 1986). Presupunerea este că problemele care sunt aduse în terapie, în timp ce este posibil ca acestea să decurgă din experiențe timpurii, este probabil să se manifeste într-o formă sau alta în cabinet, cu terapeutul, probabil într-un proces co-construit în care terapeutul poate cunoaşte câte ceva despre aceste dificultăți din propria sa viață. Prin intermediul unei explorări a întâlnirii prezente devine posibilă discernerea subtilităților schimbului şi a modurilor în care tipare vechi pot fi schimbate în prezent. Multe dintre discuțiile noastre anterioare aduc la lumină atât complexitatea cât şi potențialul de vindecare al adoptării unei astfel de perspective.

O altă abordare a subiectului timpului are legătură cu durata potențială a angajamentului terapeutic şi distincția între munca de "scurtă durată" şi cea de "lungă durată". Această problemă este în mod particular potrivită în cultura politică curentă care are tendința de a promova abordări de termen scurt, bazate pe grija pentru buget şi pe managementul listelor de aşteptare. Întrebarea "cât de mult este de ajuns" a constituit un focus cheie în literatura de cercetare, cu susţinători diferiți pledând pentru poziții diferite (pentru o bună trecere în revistă a subiectelor relevante vezi Barkham, 2007). Poziția noastră preferată, care recunoaştem că nu poate fi întotdeauna implementată în anumite cadre de îngrijire a sănătății, este de a explora în colaborare cu clientul care este cea mai bună abordare a problemelor prezentate, date fiind constrângerile legate de timp sau fonduri (vezi de asemenea Elton Wilson, 1996). Ceea ce este important este să se evite presupunerea, care este predominantă în anumite cercuri, că o anumită durată de timp este cerută pentru ca vindecarea să aibă loc, sau, alternativ, o atitudine supra-optimistă în

legătură cu ceea ce se poate obține. Experiența noastră este că se poate obține destul de mult într-o perioadă de timp relativ scurtă, dacă atât practicianul cât și clientul abordează provocarea într-un mod creativ.

## 66 Incluziunea: un proces scop al terapiei

Baza țelului procesului psihoterapiei este foarte bine exprimată de conceptul lui Buber de ”incluziune” (Buber, 1923/1996). Acesta este procesul prin care ne dezvoltăm capacitatea de a ne menține ancorați în propria experiență și, simultan, capacitatea de a intra în lumea celuilalt și de a fi sensibili la aceasta. Această capacitate ne permite să evaluăm și să fim conștienți de impactul pe care îl avem asupra altora și de impactul pe care ei îl au asupra noastră, și de a aprecia diferențele între percepțiile noastre și cele ale altor oameni. Acest concept a fost preluat și elaborat de abordări dialogice contemporane ale psihoterapiei. Hycner (1993) a explicat că ”incluziunea este deplasarea înainte și înapoi a capacității de a mă deplasa în partea cealaltă și, în același timp, de a rămâne centrat în propria experiență” (Hycner, 1993: 20). O astfel de perspectivă a meta-sistemelor asupra procesului relațional îi permite terapeutului (și, în timp, și clientului) să se privească pe sine în proces cu altul având o sensibilitate la factorii contextuali. Privim acest lucru ca pe un țel al procesului pentru clienții în terapie, precum și ca pe o capacitate relațională importantă pentru terapeuți. `Relația ”vindecătoare” specifică va ajunge la final în momentul în care pacientul s-a gândit la, și a reușit să practice ”incluziunea” și să experimenteze evenimentul și de la polul doctorului` (Buber, 1923/1996:167).

Considerăm că conceptul incluziunii are o relație cu conceptul ”mentalizării” și al ”funcției reflexive” descrise de Fonagy și colegii săi (2002) ca și ”capacitatea de a-ți imagina stările mentale în sine și în alții” (p. 23). În mod esențial, aceasta se referă la abilitatea mea de a dezvolta o teorie a minții și de a aprecia că alții sunt diferiți de mine în funcționarea lor mentală și emoțională. Capacitatea de a exercita funcționarea reflexivă este un premergător esențial al practicii incluziunii, care îmi cere să am un simț solid al propriei funcționări, în timp ce intru în și îl apreciez pe cel al unei persoane diferite. Disfuncția rezultă dintr-o inabilitate de a conține tensiunea dintre sine-ca-subiect, ”Eu”-l din experiența mea, și ”Eu”-l celuilalt, a cărui experiență trebuie să o apreciez din

perspectiva lui, ca fiind diferită de a mea. Fonagy et al. (2004: 200) folosește termenul ”echivalență psihică” pentru a descrie procesul în care o persoană presupune că experiența sa internă se potrivește cu realitatea externă, pur și simplu pentru că el o experimentează. În această stare el nu va lua în considerare evidența conflictuală sau măcar să se gândească la posibilitatea că experiența sa s-ar putea să nu se potrivească cu experiența celuilalt, și astfel să fie incapabil de incluziune.

## 67 O abordare integrativă a traumei

O abordare integrativă a înțelegerii și managementului traumei necesită în mod potențial un focus pe procesul corporal, pe procesele psihologice, pe rolul proceselor relaționale timpurii, în termenii tiparelor de reglare care au fost dobândite, și pe relația din prezent între terapeut și client. O sumă de procese implicite și explicite, atât în interiorul clientului (și în interiorul terapeutului) cât și între cele două părți, sunt astfel scoase în evidență ca fiind considerații importante. Așa cum am schițat mai devreme, experiențele de atașament timpuriu vor fi importante de înțeles, ca modalități atât de a câștiga insight în tiparele de reglare stabilite ale clientului cât și ca modalități în care acestea pot fi manifestate în cadrul terapeutic. Accentul va cădea, de asemenea, pe stabilirea unor noi tipare de reglare, și care vor fi aduse prin schimburile relaționale dintre terapeut și client.

O atitudine de colaborare asigură sentimentul de împuternicire a clientului în procesul terapeutic, acesta fiind un element cheie care fusese absent în neajutorarea și neputința experienței traumei. Colaborarea aduce imediat în cadru mijloacele personale, semnalizând posibilitatea schimbării. În același timp, suntem conștienți că mulți clienți nu au avut acces la informații importante despre ce se întâmplă cu corpul în contextul experiențelor traumatizante și, ca urmare, noi suntem în favoarea psihoeducației adecvate ca și mijloc de împărtășire a informațiilor importante despre ”fereastra de toleranță” a unei ființe umane (Siegel, 1999) și despre efectele excitării psihologice extreme. Experiența noastră este că clienții noștri se bucură de o astfel de împărtășire de informații, de vreme ce are un efect important, de normalizare a multora dintre reacțiile lor.

În timp ce toate aspectele descrise mai sus trebuie să fie luate în considerare prin evaluare, vom pleda pentru faptul că un răspuns terapeutic atent trebuie să fie bazat pe problemele particulare prezentate de client, și nu pe oferirea unei abordări de ansamblu sau de modalitate singulară. De exemplu, abordarea adoptată cu un client care prezintă simptome de traumă rezultând dintr-un accident în trafic, dar având un istoric de atașament securizant, este probabil foarte diferită de reacția la auto-rănirea indusă de atașamentul dezorganizat timpuriu și experiențe dereglante severe (vezi discuțiile anterioare pentru mai multe detalii asupra acestor probleme). În timp ce acest

lucru prezintă o provocare pentru practicianul integrativ în termenii acumulării de experiență și cunoștințe adecvate, poziția noastră este ancorată într-o dorință de a lucra cu informație de primă mână, bazată pe cercetare curentă, şu cu conceptualizările asociate ale activității terapeutice.

## 68 Rupturi ale alianței terapeutice: perspective clinice și de cercetare

Safran (1993) descrie trei tipuri de rupturi ale alianței terapeutice, pe care le-a identificat într-o analiză a dialogului terapeutic:

1 Pacientul percepe greșit ceea ce terapeutul îi spune, în concordanță cu modalitatea pacientului de a construi evenimente; adică, persoana interpretează răspunsul pentru a se potrivi cu schema sa interpersonală de bază sau setarea mentală de bază în ceea ce privește relațiile. De exemplu, persoana poate experimenta ca amenințătoare o intervenție care ar fi experimentată ca fiind facilitatoare de către cei mai mulți oameni.

2 Terapeutul participă într-un ”ciclu cognitiv-interpersonal disfuncțional” care face parte din felul caracteristic al pacientului de a acționa în relații. În acest exemplu terapeutul și pacientul sunt prinși într-un ”cerc vicios” de comunicare greșită (Goldfried, 1995b), sau în ceea ce este numit ”joc” în analiza tranzacțională (Berne, 1961). Un astfel de ciclu de interacțiune are o calitate de auto-perpetuare, repetitivă, și are tendința de a re-întări evaluarea negativă a persoanei față de sine.

3 Terapeutul refuză să participe la astfel de tipar disfuncțional și negativ și efectiv refuză ”invitația” de a intra în joc. Persoana se poate simți înțeleasă greșit, pentru că nu primește răspunsul obișnuit, ”așteptat”, care se potrivește cu schema sa interpersonală de bază.

În toate aceste tipuri de rupturi, este importantă pentru procesul de vindecare o dispoziție de a intra în dialog în legătură cu sentimentele și simțul rănirii pe care le are clientul. Acordajul greșit sau eșecul empatic sunt termeni alternativi care sunt folosiți pentru a descrie aceste procese. Procesul reparării va fi în profunzime emoțional și vindecător pentru client. Beebe și Lachmann (2002), inspirați de cercetarea asupra relațiilor îngrijitorilor de copii mici, au identificat trei principii de internalizare pre-simbolică, care au însemnătate pentru tratamentul adult: integrarea interactivității și a auto-reglării; principiul dezbinării și al reparării; și importanța momentelor afective amplificate (pp. 143 – 184). Ei fac distincția între ”disjuncții normative” sau nepotriviri ușoare care au loc în interacțiuni normale și pot sau nu să implice violări ale așteptărilor. În diada mamă-copil mic acestea sunt

observate adesea și corectate imediat. Cu cât rupturile sunt mai severe, cu atât ele implică violări grave ale aşteptărilor, ceea ce poate conduce la stabilirea schemelor auto-protectoare care persistă ca modalități de evitare a rănirii și a dezamăgirii. Stolorow și Atwood (1992) subliniază că eşecurile de acest gen pot avea loc atunci când terapeutul nu este capabil în mod adecvat să înțeleagă perspectiva clientului, din pricina unei ciocniri între principiile organizatoare ale terapeutului și ale clientului. Credem că rupturile pot avea loc în mod comun atunci când terapeutul este devotat punctului său de vedere în detrimentul relației. Safran și Muran (2000) scot în evidență că există o schimbare conceptuală importantă în domeniu , de a ”privi impasurile terapeutice ca pe ferestre spre schemele relaționale ale pacientului, mai degrabă decât ca pe obstacole care trebuie depășite” (p. 85). Acest punct de vedere are o anumită rezonanță cu angajamentul lui Casement de a ”învăța din greşelile noastre” (2002).

## 69 Psihoterapeutul integrativ ca cercetător

Cheia pentru lucrul schițat în această carte este o abordare investigativă. În perspectiva noastră, un practician eficient trebuie să se inspire din cercetările curente și să reacționeze la aceasta în termenii dezvoltării propriei conceptualizări și a propriei practici. Din această perspectivă, dezvoltarea noastră ca practicieni este continuă și schimbătoare în moduri care asigură o prospețime a abordării noastre cu clienții. În afară de inspirația în cercetarea curentă pentru influențarea practicii, sprijinim și o mai mare integrare a cercetării cu practica, decât a fost făcută până acum (vezi de asemenea O`Brien și Houston, 2007; Cooper, 2008). Din punctul nostru de vedere, psihoterapeuții și cercetătorii competenți împărtășesc o sumă de abilități cheie, mai cu seamă o atitudine de ”subiectivitate critică” și ”indiferență creativă” prin care reacțiile potențiale la problemele clienților sau domeniile potențiale de investigație sunt evaluate în mod ideal și sunt identificate reacțiile care oferă cele mai bune servicii posibile clientului, precum și o dezvoltare a cunoașterii. În climatul politic curent clinicienii se află sub o presiune în creștere de a demonstra că abordarea lor în psihoterapie este atât eficientă cât și folositoare. Vedem în mod curent din ce în ce mai mult efort investit în asigurarea că gama largă a activității terapeutice este reflectată în demersuri de cercetare și îi încurajăm pe toți clinicienii să se asigure că și ei fac parte din aceste tendințe de dezvoltare.

## 70 Dezvoltarea unui stil propriu unic de integrare

Filosofia noastră are la bază credința că este important pentru fiecare psihoterapeut integrativ să dezvolte propriul cadru de lucru pentru practica integrativă. Felul în care un psihoterapeut practică precum un integraționist va trebui să fie congruent cu istoricul persoanei, cu personalitatea, cu stilul terapeutic și cu cadrul de lucru teoretic. În același timp sprijinim acordarea unei atenții riguroase dezvoltării atât a unei aplicări a strategiilor și tehnicilor care sunt congruente cu această formulare cât și adecvate nevoilor clientului. În discuții anterioare am subliniat o sumă de factori comuni sau principii comune ale terapiei pe care toți psihoterapeuții integrativi este posibil să le cunoască și la care să adere într-o măsură semnificativă. Am atras de asemenea atenția asupra modului în care un anume terapeut reacționează la un anume client și la modurile în care reflecțiile asupra acestui proces pot influența rezultatele muncii terapeutice. Există așadar necesitatea ca factorii specifici fiecărei interacțiuni client/terapeut să fie evaluați în termenii lor proprii. Suntem de acord cu O`Brien și Houston (2007) atunci când declară: ”Integrarea nu trebuie niciodată deturnată în a deveni doar un alt gen de terapie. Nu este loc de reguli dure și stricte despre ce trebuie să fie integrat mai precis sau cum să te comporți” (p. 3). În timp ce această perspectivă este oarecum în contradicție cu interesul unor grupuri de colegi de a menține un focus asupra modalității, noi credem că oferă un serviciu potențial mai bun clientului, provocându-i în același timp pe practicieni să pășească în afara zonei de comfort a unei abordări particulare.

## Partea 7

## TEHNICI ȘI STRATEGII PENTRU PSIHOTERAPEUTUL INTEGRATIV

### 71 Cunoașterea relațională implicită: lucrul cu sine și reglarea interactivă

Am văzut din discuțiile anterioare că cea mai mare parte a ceea ce se petrece între terapeut și client se întâmplă la nivelul implicit al experienței. Acest lucru poate fi explicat în parte de explicații neuroștiințifice ale schimbului relațional bazat, de exemplu, pe acțiunea neuronilor oglindă și procesele de comunicare de la emisfera dreaptă la emisfera dreaptă. Prin acest proces fiecare parte o influențează pe cealaltă în cadrul acelei diade particulare, acest lucru conducând la o formă particulară de proces de reglare. O provocare cheie aici pentru psihoterapeut este că schimburile majore nu vor fi bazate pe schimburi lingvistice – ceea ce noi lucrăm cu este ”cura de comunicare” și nu”cura de vorbire”. Stern are un interes particular pentru studiul acestor procese de comunicare în cadrul terapeutic, precum și în extrapolarea studiilor pe copii așa cum le-am descris mai devreme (Stern și Grupul Boston se Studiu al Procesului de Schimbare, 2003). El subliniază importanța ”oscilatorilor adaptativi” în matricea intersubiectivă a terapeutului și clientului. El descrie acestea ca ”mici ceasuri în grupe de mușchi diferite, care se pot sincroniza cu ceva din afară și pot fi re-setate tot timpul, astfel încât să se sincronizeze” (p. 24). Aici putem vedea procesul bazat în mod profund la nivel corporal în care terapeutul și clientul sunt angajați, ceea ce Stern numește o formă de ”psiho-etologie”. Angajarea în acest proces înseamnă că terapeutul, în primul rând, trebuie să accepte idea de schimb relațional implicit; nu este un lucru rău, de vreme ce multe forme de training în psihoterapie au accentuat deja schimbul verbal cu terapeutul aparent în control. Lucrul cu procesele implicite implică diada terapeutică într-un proces mult mai puțin controlabil de schimb sponstan, improvizație și co-creare.

Acest schimb intersubiectiv, adesea punctat de ceea ce Stern descrie ca ”momente acum” (Stern, 2004), poate fi privit ca stând la baza activității terapeutice, oferind oportunități de deplasare dincolo de forme relaționale constrângătoare sau rigide care decurg din experiențe trecute, și oglindind schimbul atașat sănătos și securizant dintre o mamă și copilul ei. După Schore (2003b), tipare reciproce încep să rezoneze între terapeut și client. Schore de asemenea scoate în evidență că terapia poate fi privită ca un domeniu co-construit, de identificări proiective reciproce (Schore, 1994, 2003b). Într-unul din exemplele clinice ale lui Stern (Stern, 2004) ne relatează despre un client în psihoterapie psihanalitică, care a devenit frustrat pentru că stătea întins pe canapea și nu-l vedea pe terapeut. La un moment dat, după aproape doi ani de terapie, clientul a devenit iritat în legătură cu acest lucru,

sufficient de mult ca să se ridice, să se întoarcă și să se uite în ochii terapeutului. După un lung moment de tăcere în care s-au uitat unul la celălalt, totul a culminat când terapeutul a spus deodată, ”Bună”. Terapeutul nu a știut cum sau de ce i-a venit să spună acest cuvânt; a fost cuvântul care a ieșit la suprafață în mod spontan. După această întâmplare tonul terapiei s-a schimbat semnificativ și doar mult mai târziu în lucrul lor clientul a relatat cum, din acel moment, a înțeles că terapeutul era de partea lui. Beebe și Lachmann (2002) oferă de asemenea niște exemple de caz bune ale acestui proces interactiv și co-reglator, situându-l într-o arie largă de studii pe copii. Este de asemenea mult de învățat despre improvizare de la Fritz Perls și tradiția terapiei Gestalt (Perls et al., 1951/1994). În experiența noastră de formatori și supervizori ai terapeuților care urmăresc să lucreze în acest mod, am descoperit că este nevoie de ceva experiență și sprijin din partea supervizorului pentru a-i permite terapeutului să se simtă mai comfortabil să pășească atât în afara teoriei cât și a rolului și să-și dea voie să reacționeze mai spontan la ceea ce clienții lor aduc în terapie. Asta nu înseamnă că merge orice, ci mai degrabă că natura improvizatoare a procesului terapeutic este acceptată și se lucrează cu ea, ca fiind o idee teoretică și clinică cheie.

## 72 Lucrul cu procesul inconștient și experiența neformulată

Stolorow și Atwood (1992) descriu trei tărâmuri interdependente de procese mentale inconștiente:

> (1) *inconștientul pre-relflexiv* – principiile organizatoare care modelează și tematizează în mod inconștient experiența unei persoane; (2) *inconștientul dinamic* – experiențe cărora le-a fost negată articularea pentru că au fost percepute ca amenințătoare pentru legăturile necesare; (3) *inconștientul nevalidat* – experiențe care nu au putut fi articulate pentru că nu au evocat niciodată reacțiile necesare de la mediul înconjurător.
>
> (p. 33)

În ceea ce privește inconștientul pre-reflexiv, principiile noastre organizatoare decurg din cunoașterea relațională implicită, provenită din modelul și comportamentul părinților, cât și dintr-o învățare mai conștientă despre modul în care să reacționăm la lumea noastră. Aceste principii organizatoare operează așadar sub nivelul conștienței, pentru a ne modela percepția asupra oamenilor și evenimentelor. Stolorow și Atwood accentuează ”activitatea investigativă” a analistului, printr-o ”investigație empatică susținută” (1992:33) ca mijloc de a scoate la lumină aceste principii și de a ne permite să reflectăm asupra lor și să le schimbăm. Procesul confruntării cu ”gândirea contaminată” în analiza tranzacțională sau al confruntării ”credințelor iraționale” în terapia cognitiv comportamentală sunt modalități, credem noi, de a confrunta aceste presupuneri, de îndată ce ele sunt pe tărâmul conștienței. Oricum, s-ar putea să fie mai întâi necesar să investigați empatic despre reacțiile clientului în cabinet, cu voi, sau cu oameni din viața lui, astfel încât conștientizarea acestor principii organizatoare invariabile să poată fi la dispoziție pentru o cercetare mai îndeaproape și să poată fi deschise pentru noi comportamente.

Inconștientul dinamic se referă la procesul clasic de reprimare a impulsurilor sexuale, Oedipiene sau agresiv-distructive, care sunt reprimate pentru că sunt inacceptabile pentru adulții din jurul nostru și ne amenință atașamentul cu figurile semnificative. Stolorow și Atwood (1992) susțin că inconștientul dinamic poate fi transformat în primul rând prin analizarea rezistenței. Pe măsură ce terapeutul investighează așteptările și fricile pacientului în cadrul transferului, și anume că afectele și dorințele pacientului pot fi întâmpinate cu o reacție negativă și traumatizantă similară situației originale, procesul de vindecare se poate desfășura progresiv, din cauza unei ”zone de siguranță care se lărgește treptat și în cadrul căreia, regiuni anterior sechestrate ale experienței pacientului pot fi aduse afară din ascunzătoare și integrate” (p. 34). Putem vedea aici relevanța folosirii, în primul

rând, a investigației empatice, apoi în mod progresiv a introducerii interpretării, pe măsură ce clientul se simte mai acceptat și devine mai capabil de a-și asuma aspecte ale experienței sale care fuseseră mai înainte renegate.

Inconștientul nevalidat este tărâmul experiențelor non-conștiente care nu au fost puse încă niciodată în cuvinte. Stolorow și Atwood (1992)cred că acest tărâm este în mod particular important pentru clienții care au suferit devieri de dezvoltare severe, astfel încât nu au avut oportunități să-și articuleze experiența perceptivă și afectivă, tărâmul vieții lor subiective. Ei văd acest aspect al inconștientului ca fiind manifestat în transferurile sine-obiect în relația terapeutică. Tărâmul inconștientului nevalidat este, credem, ceea ce Bollas (1991) vorbea despre ca fiind cunoașterea negândită: ”Acest element nearticulat este cunoașterea negândită; pacientul știe ceva, dar încă nu a fost capabil să gândească acel lucru” (p. 235). Terapeutul, asemenea unei mame, va sprijini clientul să găsească cuvintele pe care să le alăture experienței. Bollas adaugă în această privință: ”Cred că este necesar ca analistul să se folosească pe sine mai direct ca pe o zonă de cunoaștere comună, prin experimentarea sa” (p. 235). Bollas crede că clientul are o dorință ca într-o zi să cunoască ceea ce este dincolo de cunoaștere, așa încât acest lucru să devină până la urmă cunoscut și apoi disponibil pentru uitare sau integrare psihică. Acest proces poate ”fi înregistrat printr-un gen particular de tăcere adâncă din partea pacientului sau printr-o luptă înlăuntrul pacientului de a împinge în față o experiență internă, astfel încât să poată fi gândită” (p. 246).

Putem vedea de asemenea felul în care tehnicile Gestalt de conștientizare pot sprijini progresiv clientul să găsească cuvinte pentru cunoașterea negândită a procesului său inconștient nevalidat. Daniel Stern (1983) vorbește de asemenea despre acest nivel al inconștientului, pentru care el folosește termenul de ”experiență neformulată” (p. 71). Acest nivel al experienței nu a fost pus în cuvinte niciodată și nu va fi disponibil pentru memoria auto-biografică, ci va fi depozitat în memoria procedurală. Aceste experiențe pot ieși la lumină în întâlnirea terapeutică ca stări de confuzie, tulburăei sau haos familiar, care pot aduce noutăți și noi descoperiri despre sine. Oamenii se pot de asemenea apăra împotriva punerii în cuvinte a ”experienței neformulate”, de frica noutății și a surprizei. Ca ființe umane, s-ar putea să dorim să ne mulțumim cu ceea ce este familiar, decât să ne aventurăm în necunoscut.

## 73 Investigația empatică și rezonanța empatică: recunoașterea precede interpretarea

Empatia este în centrul abordării centrate pe persoană și a psihologiei sinelui, dar este de asemenea acceptată la scară mai largă în domeniul integrativ, ca fiind esențială pentru stabilirea unei bune alianțe de lucru. Aceasta implică un proces în care terapeutul simte, intră în, transmite înțelegerea față de, și reacționează la modul în care clientul experimentează lumea: reprezintă "o-modalitate-de-a-fi în relație cu clientul", și nu doar o simplă tehnică (Mearns și Thorne, 1988: 41). Kohut (1978) vorbea despre introspecție și empatie ca fiind un element constitutiv esențial al observației psihologice. El privea domeniul psihanalizei ca fiind informație care era accesibilă doar introspecției și empatiei: gânduri, dorințe, sentimente, fantezii, anxietăți (Mollon, 2001). Din această poziție, de examinare a fenomenelor în mod consistent din punctul de vedere al pacientului, au provenit insight-urile sale, de exemplu, asupra transferurilor sine-obiect. De obicei suntem capabili de a-i înțelege pe ceilalți din punct de vedere psihologic prin intermediul descoperirii unor experiențe comune. Kohut (1990) privește analistul ca pe o persoană care se "abandonează pe sine temporar, pentru o absorbire empatică deplină în starea mentală a clientului său", fără "a pierde capacitatea de a se întoarce la o scrutinizare detașată ulterioară a experienței căreia i-a permis astfel să rezoneze în el" (p. 87). În acest mod investigația empatică și rezonanța empatică îi permit terapeutului să câștige o înțelegere valoroasă a procesului clientului. Kohut folosește de asemenea termenul de "introspecție prin substituire" (1984: 82). "Pentru Kohut, esența unei cure analitice este dobândirea progresivă a structurii printr-un contact empatic cu un sine-obiect matur, acompaniată de explicațiile care urmează fazei de înțelegere a tratamentului" (Lee și Martin, 1991: 116). Accentul lui Kohut pe aspectul central al empatiei a fost o provocare pentru psihanaliza clasică, care acorda prioritate interpretării, dar acest lucru nu constituie o surpriză pentru terapeuți dintr-o tradiție umanistă.

Felul în care Kohut (1977) descrie stadiile analizei sunt interesante pentru toți aceia care lucrăm cu clienți care au un proces al sinelui fragil. El ne sfătuiește în primul rând să folosim rezonanța empatică, astfel încât clientul să se simtă înțeles și numai după aceea va fi loc pentru interpretarea factorilor dinamici specifici care sunt în joc în lumea internă a clientului. În acest sens, transmiterea recunoașterii și a înțelegerii către client trebuie să vină înaintea explicației și interpretării. Pentru unii clienți el recomandă perioade lungi de înțelegere, înainte ca interpretările genetice dinamice să poată fi procesate de către ei într-un mod folositor și cu succes. Faza inițială a procesului facilitează construirea de structuri ale sinelui care fuseseră oprite din dezvoltare și consolidează sinele pentru ca persoana să poată fi în poziția de a procesa și integra interpretările.

## 74 Acordarea empatică

Am scos în evidență cât este de important ca terapeutul să fie acordat empatic la client, atât ca primă prioritate cât și ca sprijin pentru dezvoltarea alianței terapeutice, dar și ca factor potențial de vindecare în el însuși. Studii de cercetare au demonstrat în mod consistent relația dintre acordarea empatică și rezultat (pentru o trecere în revistă utilă vezi Bohart et al., 2002). Întrebarea care se ridică este despre felul în care acest proces este angajat în cel mai bun mod în diadă. Așa cum am văzut, schimburile relaționale implicite sunt cheie în acest proces, tot așa cum sunt comunicările corporale, care nu trebuie să se reflecte în mod necesar în folosirea schimburilor verbale dintre terapeut și client. Există de asemenea și complexitatea a tot ceea ce constituie experiența empatică, care poate implica nu doar intrarea terapeutului în pielea clientului, ci și intrarea în pielea relației (O`Hara, 1984). Asta poate să însemne că terapeutul poate fi ocazional mai empatic părând ne-empatic, de exemplu, acolo unde observarea și comentarea unei stări afective a clientului pot fi invazive. Avem cu toții experiențe cu astfel de situații, în mod particular cu clienți care nu sunt capabili să-și numească emoțiile și unde acestea sunt localizate mult în afara experienței conștiente. În aceste condiții, terapeutul trebuie să fie extrem de sensibil și să nu sară cu răspunsuri ca ”Pot să văd cât te simți de trist”, scoțând astfel în evidență incapacitatea clientului de a experimenta efectiv în mod conștient un astfel de sentiment.

Fiind date astfel de complexități, este important ca terapeutul să aibă încredere în reacțiile bazate pe corporal ca fiind potențial *suficiente* și să aibă de asemenea încredere că reacția bazată pe corporal a terapeutului va fi, de fapt, preluată de client, așa cum este cazul în mod invariabil. Felul în care îi învățăm pe studenți acest proces este prin a-i invita să ia parte la o gamă de exerciții în care lucrează în perechi, practicând răspunsuri non-verbale către ”clienți”. În fiecare diadă, persoana care este ”clientul” este instruită să se gândească la o situație care este dificilă și provocatoare emoțional și să stea în tăcere lângă ”terapeut”, dându-și voie să simtă aceasta. ”Terapeutul” este instruit să-și dea voie să simtă ce se întâmplă în corpul său în această tăcere și să răspundă cu un sunet sau cu un gest. În general, fiecare dintre părți este uimită de acuratețea preluării și a modului foarte pătrunzător în care empatia poate fi comunicată adecvat, fără vreun schimb verbal bazat pe conținut. Acest gen de practică sprijină dezvoltarea încrederii, cât și a recunoașterii faptului că sarcina terapeutului este de a ”înțelege mai degrabă experiențe decât cuvinte” (Bohart et al., 2002: 102).

## 75 Sexualitate, identitate de gen și orientare sexuală

Ideile de ”mascul” și ”femelă” și ”masculin” și ”feminin” indică atât entități biologice cât și discursuri construite social – trăim într-o societate cu un accent puternic pe gen, în care este dificil de separat persoana de social și de contextual, și în care sexualizarea sinelui și a celuilalt joacă un rol dominant (Foucault, 1981). Acest domeniu este, de asemenea, dificil de abordat fără a fi incluse chestiuni legate de putere (O`Reilly Byrne și Colgan McCarthy, 1999). O sumă de scriitori în domeniul terapeutic indică importanța faptului de a nu aborda o perspectivă binară asupra sexualității, și făcând asta se provoacă ceea ce sunt adesea privite ca ideile supra-simplificate întrucâtva și provenite de la Freud, cu noțiunea sa de complex al lui Oedip (de ex. Benjamin, 1995). De asemenea, trăim într-o eră în care există o conștientizare crescândă a dinamicilor de putere și a oprimării care conduc la ghiduri profesionale bazate pe recunoașterea modalităților prin care oprimarea poate fi manifestată în cabinetul de terapie cu clienții (de ex. Asociația Psihologică Americană, 2000). De asemenea, se merită să reflectăm asupra naturii construite social a ”disfuncției” în contextul modelului medical și a faptului că ”homosexualitatea ego-distonică” a fost scoasă de pe lista de boli mentale a Asociației Psihologice Americane numai în 1973 (Wilson, 1993). Toți acești factori prezintă o provocare semnificativă pentru psihoterapeut, deși în perspectiva noastră, un cadru de referință integrativ își asumă sarcina de a provoca menținerea unor astfel de perspective diferite și de a manageria tensiunea dintre ele.

O problemă care este ridicată adesea are a face cu potrivirea dintre terapeut și client, adică, este probabil ca o clientă lesbiană, un client gay, sau un client bisexual să se descurce mai bine cu un terapeut care de asemenea se identifică cu aceeași orientare? Există unele dovezi care sprijină idea că acest lucru este adevărat (King et al., 2007), deși aceste date pot reflecta factori mult mai complecși, cum ar fi problema particulară care este adusă în terapie și abilitatea terapeutului de a fi empatic față de aceste probleme, indiferent de propria orientare sexuală. Acest lucru a fost de asemenea examinat în cercetare care a urmărit să obțină perspective de la clienți gay, lesbiene și bisexuali despre acei factori pe care ei i-au considerat de cel mai mare ajutor în terapie (Burckell și Goldfried, 2006). Lucrul cu aceste probleme necesită ca terapeutul să fie capabil să reflecteze la propriile atitudini și valori, inclusiv acelea care pot pândi pe tărâmuri mai inconștiente ale experienței și care au fost probabil sprijinite de o gamă de constructe sociale. În cadrul inter-subiectiv care se desfășoară în spațiul terapeutic va fi de asemenea nevoie de trecerea în revistă foarte atentă a ceea ce este evocat atât în client cât și în terapeut atunci când lucrează cu material sexual. În acest sens credem că este esențial ca terapeutul să aibă acces la o bună supervizare, unde astfel de probleme pot fi discutate deschis și provocate.

## 76 Tehnici de conștientizare corporală

Am scos în evidență importanța exprimării manifestate și faptul că multe aspecte ale experienței nu vor fi disponibile reflecției conștiente. Corpurile noastre poartă informații și mesaje care sunt importante și utile pentru problemele care sunt explorate. Din punctul de vedere al terapeutului, o conștientizare a propriilor senzații corporale este probabil să semnalizeze reacții de contra-transfer cheie către client, ceea ce pot semnaliza în parte probleme care au de a face cu propria experiență a terapeutului, dar care sunt de asemenea, dintr-un punct de vedere intersubiectiv, relevante pentru problemele clientului. În lucrul cu procesul corporal este important să ne amintim că aceasta poate fi o modalitate foarte puternică de a ocoli și mai multe ”apărări” cognitive, și ar trebui prin urmare să fie folosită cu sensibilitate și respect pentru mecanismul adaptativ de coping al clientului, care a fost construit de-a lungul unei lungi perioade de timp. Tehnicile de conștientizare corporală pot de asemenea fi foarte animatoare, aducându-ne în minte ”afectele vitalizatoare” ale lui Stern (Stern, 2003), iar folosirea lor poate de asemenea, prin urmare, să fie extrem de puternică într-un sens vindecător și de transfer.

Fundamentul tehnicilor de conștientizare corporală stă în practicarea observării fenomenologice. Cum respiră clientul? Respiră profund sau superficial? Se schimbă respirația pe măsură ce sunt discutate anumite probleme? Ce se întâmplă cu tensiunea musculară a clientului? Există schimbări în ceea ce privește mușchii, fața, sau alte părți ale corpului? Există anumite gesturi care apar brusc? Sau mișcări? Sau mișcări care ar putea apărea dar nu se întâmplă? Toate aceste probleme necesită o observație atentă din partea terapeutului, precum și o judecată sensibilă despre modul în care se pot folosi astfel de observații. Ogden et al. (2006) vorbesc despre tendințe de acțiune și moduri în care acestea ar fi putut fi întrerupte prin experiența traumatică. Terapeutul are nevoie să fie atent la astfel de tendințe întrerupte și să se gândească la moduri în care acestea ar putea fi ”completate” în prezent. Abordarea Gestalt a psihoterapiei a fost esențială în discutarea acestor probleme și a avut o contribuție semnificativă la identificarea de tehnici relevante. Kepner (1987), de exemplu, trece în revistă un număr de moduri în care un client poate fi ajutat să recâștige o experiență a corpului său mult mai senzitivă și, ca urmare, să înțeleagă ce a putut purta corpul, lucru care înainte nu fusese inteligibil. O bună trecere în revistă a tehnicilor de conștientizare corporală este de asemenea oferită de Joyce și Sills (2001); acești autori trec în revistă unele sugestii terapeutice cheie care acoperă conștientizarea corporală aflată în ascendență, modalități de a anima lucrul, concentrarea pe ajustarea posturii corporale, exerciții de pregătire atunci când un client devine disociat, și o varietate de tehnici catartice cum ar fi vorbirea dintr-o parte a corpului, permiterea furiei să iasă la iveală prin expresii corporale, și decodarea mesajelor de la corp, care nu sunt pe deplin în conștientizarea prezentă.

## 77 O privire de ansamblu asupra intervențiilor terapeutice

La acest punct, trecem în revistă pe scurt o gamă de opțiuni terapeutice, pe lângă acelea pe care le-am discutat deja, cum ar fi empatia, acordarea empatică și folosirea auto-dezvăluirii. Ne inspirăm din lista elaborată de Berne (1966) ca bază pentru discuții și ne inspirăm de asemenea din propria noastră experiență clinică. Berne avertizează de-a lungul discuției sale că intervențiile care țintesc mai mult să gratifice propria nevoie a terapeutului de a se simți deștept decât să ajute clientul, nu vor reuși. Suntem de asemenea îndatorați multor altor scriitori în domeniu, între alții fiind Hargaden și Sills (2002) și Spinelli (2007).

### *Întrebări sau folosirea investigației fenomenologice*

Întrebările directe sunt utile în stadiul de evaluare, când avem nevoie de informații specifice de la client: Primești tratament pentru vreo condiție medicală? Ai mai avut vreo experiență anterioară cu terapia? Cu cât este mai subtilă folosirea investigației fenomenologice, cu atât va deschide mai mult zone ale experienței de care clientul poate fi mai puțin conștient în mod curent: Ce experimentezi când îmi spui asta? Unde în corpul tău conștientizezi că simți tensiune? Îți vine vreo imagine în minte atunci când îmi povestești această experiență?

### *Confruntarea*

Folosirea eficientă a confruntării va aduce în conștientizarea clientului o anumită informație care fusese necesară anterior dar în mod curent este evitată sau suprimată. Așa cum Berne (1966) evidențiază, obiectivul este să se atragă atenția asupra unei inconsistențe, astfel încât aceasta să fie procesată de starea de Adult a clientului. Acest lucru îl poate tulbura pe client și îl poate dezechilibra, conducând la eliberarea energiei fizice. Berne observă că un râs plin de insight va acompania adesea o confruntare eficientă. ”Spui că nu te simți niciodată trist și totuși îmi amintesc cât de mișcat ai fost atunci când mi-ai spus despre accidentul fiului tău”. Confruntarea este cea mai eficientă atunci când ia forma unui schimb onest, sprijinit de o alianță terapeutică bună.

### *Explicația*

Aceasta implică de obicei o elaborare a materialului care a fost deja solicitat, și folosirea cunoștințelor terapeutului îi poate oferi clientului o nouă perspectivă/explicație. ”Deci, atunci când erai copil ai hotărât să nu iei niciodată inițiativa, pentru a evita să fii pedepsit, și asta ți-a prins bine, dar acum, ca adult, această strategie timpurie de supraviețuire te împiedică să obții ceea ce ai nevoie”. Este important să facem explicațiile cât mai concise posibil și să evităm supra-elaborarea. Obiectivul este reîntărirea a ceea ce deja a fost înțeles, asfel încât să fie scoasă în evidență conștientizarea tiparelor disfuncționale de relaționare cu sine și cu celălalt.

### *Ilustrarea*

Uneori o anecdotă, un zâmbet sau o comparație se pot dovedi ajutătoare pentru client, în special pentru a reîntări lucrurile noi învățate și pentru a-l ajuta să se stabilizeze după o confruntare. În acest fel clientul descoperă că experiența sa nu este unică și ”ciudată”, ci face parte din condiția umană universală. ”Asta sună puțin ca un iepure

care dorește câteodată să devină broască țestoasă!” Este posibilă folosirea poveștilor într-un mod care iluminează o anumită chestiune sau un proces. Filmele, arta, televiziunea, spectacolele și literatura, toate pot fi folosite aici.

### *Confirmarea*

Aceasta îi permite terapeutului să sprijine rezultatul unei confruntări precedente atrăgând atenția clientului asupra unor experiențe similare, care sprijină noua conștientizare. Acest lucru trebuie făcut în mod subtil, astfel încât să fie evitată rușinea, deoarece se dă masca jos de pe anumite aspecte ale persoanei. Intenția este să se ajungă la adultul persoanei și trebuie să se aibă grijă să nu se re-traumatizeze persoana. ”Am observat că ai fost deschis față de prietenul tău în legătură cu preferințele tale și că continui să te iei în considerare pe tine mai mult”.

### *Interpretarea*

Efectul unei interpretări reușite este de a-i oferi clientului o înțelegere de la un nivel afectiv și cognitiv, care îl va ajuta să integreze părți ale psihicului care fuseseră disociate anterior. Este important să se ”ofere” o interpretare și nu să se ”impună” aceasta asupra clientului, astfel încât clientul să proceseze materialul și să interacționeze cu el, ca și mod de a asimila ceea ce se potrivește. Așa cum Berne (1966) scoate în relief, sarcina terapeutului este de a-l ajuta pe client să ”decodeze” și să rectifice distorsiunile care au sprijinit disocierile în persoană. Din acest motiv este important ca interpretările să fie oferite experimental, iar adultul să le poată procesa și integra într-o narațiune nouă, care sprijină sinele emergent.

### *Cristalizarea*

Aceasta este o declarație a poziției clientului, un rezumat care cuprinde procesul care a fost explorat și care schițează alegerile persoanei. Este o modalitate de a atrage atenția asupra a ceea ce rămâne în urmă atunci când clientul face alegeri noi pentru viitor, anticipând entuziasmat o nouă modalitate de a trăi. Cristalizarea poate fi primită de asemenea cu ”unele trepidații”, și poate și cu nostalgie, de vreme ce înseamnă abandonarea permanentă a vechiului mod și încercarea a ceva nou, încă străin, și nu încă pe deplin testat” (Berne, 1966: 246).

## 78 Momente afective amplificate: a lucra cu improvizarea și spontaneitatea

Beebe și Lachmann (2002) subliniază importanța momentelor afective amplificate în cursul terapiei și atrag atenția asupra paralelelor în dezvoltarea copilului. Ei definesc momentele amplificate ca fiind acelea în care există o manifestare expresivă deplină a feței sau a vocii, acompaniate de o excitare corporală amplificată. Ei privesc aceste momente ca o modalitate de construire a structurilor psihice ale rezilienței. Aici sunt incluse momente care se întâmplă oarecum frecvent precum și momente care sunt relativ rare. ”Puterea organizatoare a momentelor supra-încărcate afectiv…provine atât din capacitatea copilului de a categoriza și de a aștepta experiențe similare precum și din impactul afectului amplificat în sine” (p. 170). În contrast, ei scot în evidență că cercetările sugerează că momentele afective negative pot efectiv să dăuneze memoriei. Momentele afective amplificate, atunci când sunt pozitive, pot servi la repararea rupturilor. În secvențele de ruptură și reparare, afectul este transformat din pozitiv în negativ și înapoi în pozitiv. Unii copii, prin experiențe de ruptură repetate, pot dezvolta o așteptare de ne-reparare care va fi apoi, ca urmare, readusă la viață în întâlnirea terapeutică. Beebe și Lachmann (2002) scot în evidență felul intim în care aceste experiențe sunt legate de stările corporale. În acest sens, ”experiențele corporale de ruptură pot fi definite ca acele momente în care reglarea interactivă este inadecvată pentru susținerea auto-reglării” (p. 177). În psihoterapie astfel de experiențe de ruptură se vor manifesta în limbajul corporal al clientului și în experiența sa corporală. Terapeutul trebuie să fie atent la aceste ușoare schimbări corporale; schimbări în expresie, postură, mișcări corporale, vorbire, etc., care pot oferi indicii ale stărilor interne. Observarea acestor schimbări și lucrul cu senzațiile care au fost evocate îl pot sprijini foarte mult pe client în a verbaliza experiența de a fi ”omis” și oferă oportunitatea unui dialog reparatoriu. Tehnicile Gestalt de conștientizare corporală și acordarea empatică pot ajuta în acest proces de reparare. Ceea ce este crucial este ca terapeutul să nu devină defensiv și să nege partea lui în acest proces, astfel încât clientul să se simtă ne-validat.

Descrierea momentelor de întâlnire Eu-Tu (Buber, 1923/1996; Hycner, 1993) ne pare a fi de acord cu ceea ce este descris aici. Hycner (1993), vorbind din perspectiva terapiei dialogice Gestalt, vorbește despre ”întâlnirea veritabilă” între oameni, pe care el o vede la baza procesului de schimbare. Accentul aici este pe unicitatea întâlnirii dintre doi oameni, care nu poate fi orchestrată înainte. Astfel de momente sunt momente afective amplificate de întâlnire care sunt adesea marca momentelor de schimbare în terapie. Hycner scoate în evidență că ”tehnicile trebuie să iasă la iveală din contextul relației” (1993:57), astfel terapeutul rămâne deschis la procesul clientului. El compară terapeutul cu un muzician de jazz care este un bun improvizator, și care are multă instruire tehnică, dar care este și capabil de a improviza muzică pe loc. Aceste momente cruciale de întâlnire necesită o capacitate de spontaneitate și urgență a reacțiilor din partea psihoterapeutului instruit. Există anumite căi prin care terapeutul poate dezvolta o atitudine de pregătire pentru astfel de momente, de exemplu, suspendând presupunerile, urmărind cu atenție clientul, nutrind un simț al mirării, și prin a rămâne deschis la a fi uimit de ceea ce s-ar putea ivi în momentele întâlnirii (Hycner, 1993).

Ringstrom (2001), din domeniul psihologiei sinelui, se ocupă de un proces similar. Folosind o metaforă bazată pe teatrul improvizator, el descrie ”momente improvizatoare” în terapie care ”îi comunică inevitabil pacientului un moment special de autenticitate, care poate fi foarte bine antidotul pentru realitatea copleșitoare a vieții de ne-autenticitate pătrunzătoare a pacientului” (p. 727). În improvizația bună există un simț de potrivire între intervenția terapeutului și simțul clientului despre experiența sinelui real. Astfel de intervenții oferă experiența recunoașterii pe care clientul o dorește. Credem că astfel de momente de improvizare ies la iveală din cunoașterea intimă pe care terapeutul o are față de procesul clientului, cunoaștere câștigată de-a lungul a multor ore de terapie și sunt rezultatul ”intuiției informate” alimentată de contactul în profunzime de-a lungul timpului la nivelele de comunicare implicite și explicite. În acest sens, asemenea intervenții nu pot fi ”repetate” în mod conștient; ele ies la iveală într-un moment de contact aici-și-acum, din cunoașterea acumulată despre celălalt.

## 79 Lucrul cu dimensiunile sine-obiect ale transferului ale lui Kohut

Kohut (1992), lucrând cu clienți narcisici, a observat că acești oameni aveau tendința să-l trateze ca și cum era o extensie a lor, și nu o persoană de sine stătătoare. El a legat acest proces de deficite în întâmpinarea nevoilor

timpurii de sine-obiect, ceea ce a rezultat într-o fixație și un atașament față de sine-obiecte arhaice. Acest tipar ia ființă acolo unde nevoile timpurii nu au fost întâmpinate într-un mod care să-i permită copilului, în timp, să îndeplinească anumite funcții singur, prin intermediul a ceea ce Kohut numea ”internalizare transmutată” (Kohut, 1971, 1992: 49), un proces esențial în formarea unui simț al sinelui securizant. Așa cum a fost spus mai înainte, Kohut a identificat trei tipuri diferite de sine-obiecte sau nevoi relaționale: nevoia de oglindire, nevoia de idealizare și nevoia de twinship (Kohut, 1984: 202-204). Acestea sunt foarte bine elaborate de Tolpin (1997). Despre nevoia de oglindire, el spune: `Copilul caută el însuși în mod activ și se așteaptă la un părinte vioi, cu ochii strălucitori, anagajat, oglinditor, căruia să-i spună ”Uită-te la mine și admiră-mă și aplaudă-mă pe mine și ce pot să fac”` (p. 5). Aceasta reflectă nevoia copilului de acceptare și apreciere. Există de asemenea o parte a sinelui copilului care are nevoie să privească în sus la un părinte admirat (idealizat) și să-și experimenteze propriul sine așa cum este intensificat de celălat: ”Ești minunat, cine ești și ce faci este minunat; îmi aparții mie, eu îți aparțin ție, așadar și eu sunt minunat” (p. 5). Apoi, există acea parte a sinelui copilului care ”caută și așteaptă asemănare, apartenență, și experiențe cu un spirit înrudit – twinship/experiențe de alterego”, astfel încât copilul este confirmat în sensul de a fi acceptabil ca egal și la fel ca celălalt (p. 5). La acestea s-a adăugat ulterior și au fost extinse, în mod semnificativ prin includerea nevoilor sine-obiect adversare (Wolf, 1988), lucru ce reflectă nevoia unei persoane de a se angaja în confruntare cu alții care sunt binevoitori și rezilienți, și de a supraviețui confruntării. Kohut (1984) considera că nevoia de experiențe de sine-obiect continuă în perioada adultă ca nevoi de sine-obiect mature; că continuăm să avem nevoie de alții care să ne afirme și să ne sprijine simțul de sine și care să furnizeze această funcție pentru noi.

Kohut a privit eșecul empatic ca pe o parte inevitabilă a procesului terapiei, și anume, că terapeutul, câteodată, se va acorda greșit și îl va pierde din vedere pe client. Ceea ce este important în acest proces este oportunitatea pe care i-o oferă clientului de a verbaliza reacția sa emoțională la astfel de eșecuri într-o relație de acceptare, empatică, în care terapeutul îi recunoaște supărarea sau furia și îi permite oportunitatea de a-și exprima tulburarea, fără să se răzbune sau să îl abandoneze pe client. Acest proces îi permite clientului în mod progresiv să dezvolte resursele interne pe care să se sprijine în eșecurile viitoare, prin procesul internalizării transmutate. În acest mod clientul are o oportunitate de a ”vindeca” deficitele trecutului și de a se angaja în relații mai satisfăcătoare în prezent.

## 80 Lucrul cu ”scenariul” ca o abordare narativă

Conceptul lui Eric Berne de analiză a scenariului este o abordare narativă a lucrului cu povestea de viață sau ”scenariul” pe care fiecare persoană îl construiește în copilărie pentru a da un sens propriei vieți. ”Un scenariu este un plan de viață în desfășurare, format în copilăria timpurie, sub presiunea parentală” (Berne, 1972: 32). Berne

susținea că copii iau decizii de scenariu ca răspuns la pretențiile impuse asupra lor de părinți sau alte figuri de autoritate, dar copilul este de asemenea creativ, folosind povești cu zâne (în zilele noastre povești de la televizor, sau cântece, sau poezii, sau jocuri pe calculator, sau filme, sau orice povești care li se spun sau la care sunt expuși) pe care bazează înțelegerea propriei vieți. Povestea scenariului servește scopul de a da un sens evenimentelor din viața persoanei, de a servi o funcție esențială de atribuire de semnificație. Scenariul este dezvoltat și elaborat progresiv de-a lungul copilăriei și rafinat până când, în prima parte a perioadei adulte, persoana lansează povestea. În mod clar multe dintre influențele în formarea scenariului vor fi mesaje non-verbale implicite care îi sunt transmise copilului prin comportament sau atitudine, și acestea vor servi pentru a influența experiența de sine a copilului și pentru a străpunge perspectiva pe care o are asupra sinelui, asupra altora și asupra lumii, și pentru a influența crearea narațiunii care este cuprinsă în scenariul său.

Reprezentarea internalizată a relațiilor care constituie lumea interioară a copilului, bazată pe experiența sa cu persoanele semnificative, ”schema sa interpersonală de bază” (Beitman, 1992), vor forma miezul semnificativ al narațiunii sale. În cursul normal al dezvoltării, aceste hărți relaționale interiorizate sau scheme vor fi actualizate în fața noilor experiențe, dar am descoperit că baza puternică a formării scenariului în copilăria timpurie, în condiții traumatice, pot continua să influențeze persoana mult timp în perioada adultă, în afara conștientizării. Am descoperit, așadar, că este de folos în munca noastră clinică să ne menținem atenți la apariția bazei narațiunii sau a ”scenariului” care influențează viața unei persoane și oferă o ”temă” cu care se poate lucra în terapie. Această poveste își va face apariția într-un mod natural în cursul terapiei, pe măsură ce oamenii relatează evenimente din viața lor și își descriu interesele. Este foarte important să apreciezi, dacă lucrezi cu scenariul ca metaforă a vieții unei persoane, că versiunea poveștii care îi aparține persoanei este semnificativă pentru ea, de vreme ce copilul va altera și va schimba aspecte ale poveștii pentru a se potrivi cu situația sa și pentru a da sens propriei vieți. teoria scenariului este o abordare narativă a psihoterapiei care poate fi folosită în mod creativ pentru a-l elibera pe client de aspectele limitative ale temei scenariului. În crearea unei noi narațiuni, persoana se poate elibera de credințele limitative, de comportamentele repetitive fixate, și de strategiile de supraviețuire din trecut care și-au depășit de mult utilitatea.

## 81 Lucrul cu disocierea: strategii posibile

Lucrul cu disocierea este un domeniu complex și se poate referi la toate cele trei nivele ale disocierii descrise mai devreme la Punctul 38. Considerăm că în cadrul acestui proces este crucială re-integrarea graduală a senzațiilor, sentimentelor și amintirilor, astfel încât clientul să poată crea un dialog coerent al experiențelor sale semnificative. În siguranța unei alianțe terapeutice solide, disocierea va deveni progresiv mai evidentă iar amintirile disociate și

stările ego-ului care au fost sechestrate vor începe de obicei să iasă la lumină singure. Tehnicile de conștientizare corporală pot fi folosite după o negociere atentă cu clientul, despre stabilirea ritmului lor chiar la marginile limitei de toleranțe a clientului. Acestea pot include o concentrare a conștientizării asupra diferitelor părți ale corpului; atribuirea acestor părți a unei ”voci” și a unui loc în conștientizare, astfel încât clientul să-și poată recupera experiențele disociate într-un sens ”simțit”. Este de asemenea util să observăm împreună cu clientul momentul în care acesta ”renunță” și să urmăm firul înapoi până la acel punct, pentru a stabili ce a experimentat chiar înainte de a se disocia. Astfel, declanșatoarele pentru disociere pot fi identificate progresiv și sentimentele care sunt excluse pot fi aduse cu blândețe înapoi în conștientizare. Așa cum Ogden et al. (2006) scot în evidență, obiectivul este să se refacă poziția internă de control, astfel încât terapeutul și clientul colaborează mai întâi pentru ”a vedea, a urmări, a observa, a considera, a traduce și a experimenta cu tendința de acțiune de a îngheța” (p. 172). Apoi clientul este sprijinit să facă alegeri conștiente și, mai degrabă decât să se supună în mod pasiv, să se angajeze în acțiuni mai adaptative.

Dacă clientul începe să se re-conecteze cu o stare disociată și să re-experimenteze trauma, acest lucru poate începe să se simtă copleșitor pentru el, așa că îl aducem înapoi pe client la concentrarea pe senzații corporale, până ce acestea își micșorează puterea progresiv și se potolesc; numai atunci poate clientul să fie sprijinit să se întoarcă la narațiunea evenimentului traumatic. Prin intermediul acestui proces progresiv, pas-cu-pas, clientul asimilează gradat experiența traumatică și nu mai simte nevoia de a se disocia. Ogden et al. (2006) schițează trei stadii ale tratamentului. Stadiul unu presupune să-l ajutăm pe client să mențină excitarea în cadrul unei ferestre de toleranță, prin recunoașterea declanșatoarelor și promovarea unei conștientizări corporale. În stadiul al doilea, fragmentele de amintiri ne-integrate și disociate sunt adresate, astfel încât clientul să capete un sentiment de stăpânire asupra lor. Stadiul al treilea implică în mod esențial procesul câștigării încrederii în corp ca aliat și nu ca inamic, și al obținerii integrării (pp. 186-187). Conștientizarea corporală este accentuată de-a lungul acestor stadii, astfel încât clientul va câștiga progresiv încredere în citirea reacțiilor corporale.

Van der Hart et al. (2006) au dezvoltat o schiță de tratament bine elaborată, pentru tratarea disocierii structurale, unde există câteva părți disociate ale personalității, ca și în tulburarea de identitate disociată. Acești autori descriu trei faze de tratament distincte: depășirea fobiei de părțile disociate; depășirea fobiei de amintiri; integrarea personalității și depășirea fobiei de viața normală. Prima fază este concentrată pe ”depășirea fobiei de părțile disociate” prin ”dezvoltarea empatiei interne, mai multă cooperare între părțile personalității, și o mai mare realizare a faptului că fiecare parte aparține unui singur Eu (de.ex. personificare)” (p. 303). În faza doi, amintirile traumatice sunt împărtășite progresiv între Partea Aparent Normală (ANP) și Partea Emoțională (EP), transformate într-o relatare verbală simbolică în prezent, și asociate cu persoana clientului. ”Această realizare rezultă într-o amintire narativă autobiografică a evenimentelor traumatice, și în acțiuni care pot fi adaptate mai curând prezentului decât trecutului traumatizant” (p. 319). Faza a treia este angrenată către integrare maximă, pentru a facilita explorarea și experimentarea care pot îmbunătăți calitatea și semnificația vieții persoanei. Autorii urmăresc o fuziune a părților disociate ale personalității în acest stadiu, dar recunosc faptul că unii clienți pot deveni rezistenți la acest stadiu de integrare și pot părăsi terapia. Ei atribuie acest lucru unei fobii față de cele mai traumatice amintiri sau de acceptarea deplină a faptului că ”părinții lor i-au respins întotdeauna, nu i-au iubit niciodată, și că au fost întotdeauna insuportabil de singuri”, un proces pe care ei îl consideră că necesită cel mai ridicat nivel mintal (p. 339). Ei îl sfătuiesc pe terapeut să respecte alegerea clientului și să stabilească un ritm în acest proces, lăsând deschisă opțiunea de întoarcere la această provocare integrativă majoră atunci când clientul simte că este ptegătit.

La strategiile de mai sus am adăuga de asemenea importanța afirmării sănătății potențiale a clientului, așa cum este evidențiată de bunăvoința sa și de interesul de a veni în terapie pentru a se uita la aceste probleme, în primul rând. Vedem asta ca pe o parte a relației de alianță și ca motivație pentru a colabora în aici-și-acum, pentru găsirea de noi modalități de a trăi și a fi.

## 82 Lucrul cu rușinea și cu sisteme bazate pe rușine

Mulți clienți care vin la psihoterapie au probleme cu rușinea și au experimentat sisteme bazate pe rușine fie acasă, la școală sau la muncă, sau în toate aceste contexte. Kaufman (1989) vorbește de rușine ca ”afectul inferiorității” (p. 17), atenția se îndreaptă către interior ”generând chinul jenei de sine” (p. 18) și semnele faciale ale rușinii observabile în mod particular la copii ”includ atârnarea capului, lăsarea sau evitarea ochilor și înroșirea obrajilor” (p. 20). Atunci când experimentăm rușinea ne simțim expuși privirii, rușinați și diminuați în mod acut. Rușinarea conține mesajul că copilul este inacceptabil și nedemn ca persoană, și că a pierdut dreptul de a fi iubit și respectat. Este opusul unei mândrii naturale pentru noi înșine și pentru abilitățile noastre, și rezultă în stimă de sine scăzută, acompaniată frecvent de o credință adânc înrădăcinată că suntem în esență nenorociți, răi, de neiubit sau inadecvați ca persoane. Așa cum Kaufman (1989) se exprimă, apropierea umană rezultă în construirea unei punți inter-

personale formată din interese reciproce și experiențe de încredere împărtășite. Atunci când copilul crește într-un sistem familial bazat pe rușine, încrederea este violată atunci când copilul este umilit și rușinat, acest lucru rezultând în ruperea punții sale inter-personale. Nathanson (1992: 312) se referă la un compas de reacții asociate cu rușinea, care se pot dezvolta ca reacție la experiențe de rușinare repetate. Săgețile acestui compas reprezintă patru scenarii defensive în care ne putem refugia din fața toxicității rușinii: retragere; atacarea altuia; atacarea propriei persoane; sau evitare. Erskine (1994) adaugă că rușinea poate fi de asemenea disimulată prin fățărnicie.

Kaufman (1989) susține că, de vreme ce rușinea și tiparele inadaptate asociate cu aceasta sunt înrădăcinate în scenele decisive primare, aceste scene ale copilăriei trebuie să fie direct re-activate în cadrul procesului terapeutic, astfel încât clientul să se poată elibera pe deplin de afectul asociat cu experiența originală. În acest mod, clientul se poate simți acceptat ca el însuși și nu va fi singur atunci când re-trăiește scena originală, și va putea să depășească ”scenariul” rușinii. Putem vedea că acest proces poate avea loc prin transfer, rușinea fiind reactivată sau activată direct prin amintiri din trecut care pot fi aduse la suprafață și lucrate în prezența vindecătoare a terapeutului. Lucrul cu rușinea necesită un echilibru delicat între reacția la semnalele rușinii pe care clientul le prezintă, fără a confrunta persoana în mod prematur, într-o manieră care îl poate re-traumatiza. Dacă suntem ”prea grijulii și mergem pe coji de ouă în jurul persoanei”, am putea pur și simplu să-i exacerbăm rușinea, deoarece îi creăm impresia că trebuie să fie mânuită cu multă grijă, deoarece este ceva în neregulă cu ea. Dacă comentăm prea curând sau prea neândemânatic manifestările externe ale rușinii (de ex. ”observ că te înroșești și mă întreb despre ce este vorba?”) am putea, la rândul nostru, să rușinăm din nou persoana. Alături de Evans (1994), credem că o abordare dialogică, care modelează reciprocitatea, îi permite clientului să folosească relația în ritmul său propriu.

## 83 Tehnici de atenție

Idea de atenție izvorăște din filosofia Zen Budistă (Suzuki, 1969) și se preocupă cu o conștientizare meditativă a momentului curent și a fiecărui moment pe măsură ce se desfășoară. Ideea este ca persoana, printr-o abordare meditativă, să ajungă într-un loc mai liniștit în ea însăși, și cu lumea, unde există o concentrare pur și simplu pe ”ceea ce este” mai degrabă decât pe judecăți, rezultate sau supra-identificare cu persoane, obiecte sau evenimente. Practicile meditative asociate cu Zen Budismul au fost încorporate în diferite moduri într-o sumă de abordări ale psihoterapiei. De exemplu, psihoterapia Gestalt, încă de la începuturile sale, a accentuat atât fenomenologia cât și conștientizarea, cerându-i psihoterapeutului să-și dezvolte abilități de observație în momentul prezent (Yontef, 1993; Polster și Polster, 1974), precum și modalități de a-l invita pe client să dezvolte și el aceste abilități. De exemplu, clientul ar putea fi invitat să acorde atenție respirației sale și apoi pur și simplu să observe ce se întâmplă în corpul său, senzația care apare, precum și sentimente și gânduri. Conștientizarea poate fi concentrată pe lumea

internă (zona interioară) sau pe lumea externă (zona exterioară). Prin intermediul unor astfel de practici crește calmitatea, și clientul va observa de obicei lucruri care anterior fuseseră în afara conștientizării, oferind astfel posibilități crescute de experimentare și acțiune.

Atenția a fost mai recent integrată în abordări ale terapiei cognitiv comportamentale (CBT). De exemplu, Linehan (1993) a încorporat tehnici de atenție și meditație în tratamentul ei pentru tulburarea de personalitate borderline. Clienții sunt învățați tehnici de meditație care le permit să se concentreze pe emoțiile, gândurile și senzațiile lor, fără să le judece. Acest proces conduce la o implicare mai scăzută cu sentimentele și gândurile care apar, reducându-se astfel nevoia de acțiune impulsivă. Astfel de tehnici sunt de asemenea recomandate în alte derivări ale terapiei cognitiv comportamentale, de exemplu, în terapia schematică, o abordare mai integrativă care încorporează factori cognitivi și comportamentali, probleme de atașament și experimentare Gestalt într-un mod sistematic (Young et al., 2003). O varietate de publicații sunt acum disponibile, și care stabilesc o gamă de tehnici de atenție  și aplicațiile lor (de ex. Brazier, 1995; Williams et al., 2007) și ridică probleme legate de diferența dintre a accepta sentimente și senzații în loc de a încerca să le schimbi într-o manieră controlată. Aparent este un proces paradoxal care acționează prin invitarea clienților să observe și să accepte părți din ei înșiși, ceea ce rezultă apoi în faptul că aceste părți devin mai integrate și schimbate. Acesta este un proces care a fost recunoscut de mult în psihoterapia Gestalt și numele său de referință este teoria paradoxală a schimbării (Beisser, 1970). Deși atenția este o formă de conștientizare extinsă, oferind persoanei o abordare mai înceată și mai bogată în alegeri fașă de dificultățile sale, are o oarecare similaritate cu procesul de mentalizare descris de Fonagy et al. (2004). Bateman și Fonagy (2006) recunosc atenția și mentalizarea ca și constructe care se suprapun, dar sugerează că mentalizarea este un concept mai larg, cu un focus relațional mai mare.

## 84 Dialogul interior între diferitele stări ale sinelui

Menținerea unui dialog între diferitele părți ale lumii interne a clientului poate sprijini procesul integrării stărilor scindate care sunt negate sau respinse de către client. Aceasta este o tehnică folosită la scară largă în analiza tranzacțională (TA), care recunoaște existența a trei stări diferite ale ego-ului (Berne, 1961): starea ego-ului de Părinte reprezintă figurile de influență internalizate din viața timpurie; starea ego-ului de Copil reprezintă reacțiile noastre din trecut față de persoanele importante, așa cum sunt stocate în memorie; și starea ego-ului de Adult reprezintă capacitatea noastră de a reacționa adecvat fașă de celălalt, în prezent. Clienții pot deveni conștienți în mod gradat de propriul dialog intern, iar cu acesta poate fi lucrat apoi deschis în cabinet, prin tehnica celor două sau trei scaune. Părintele va reflecta mesajele internalizate de ”trebuie” și reacția Copilului va reflecta adaptarea originală a copilului la acestea și sacrificiile făcute pentru a-și asigura dragostea, sau, în cel mai rău caz, supraviețuirea. Clientul poate fi apoi încurajat să ia poziția de Adult și să reflecteze asupra dialogului intern și asupra efectelor sale asupra stimei de sine, creativității și asertivității, ca să menționăm doar câteva posibilități.

Clientul poate fi încurajat în mod progresiv să construiască noi dialoguri interne dintr-o poziție de Părinte Îngrijitor, care alină și sprijină Copilul. În acest fel, părți renegate ale persoanei pot fi re-asumate progresiv și integrate astfel încât clientul să poată funcționa dintr-o poziție auto-actualizată.

Un proces similar este întipărit într-un model al psihosintezei (Vargiu, 1974), care îi privește pe toți oamenii ca având multe ”sub-personalități” care au evoluat de-a lungul timpului, pe măsură ce ne-am administrat interacțiunile cu lumea. Unele dintre acestea pot fi în afara conștientizării noastre, și pot avea calități distructive, sau calități care sunt folositoare și facilitatoare. Dacă ne identificăm prea mult cu o sub-personalitate sau două, celelalte pot dispărea sau pot deveni scindate și nu mai sunt accesibile pentru noi. Odată ce devenim conștienți de aceste sub-personalități, vom descoperi o întreagă distribuție de roluri pe care le putem numi cu ușurință: ascultătorul sensibil, copilul nevoiaș, etc. Clienții pot fi încurajați să deseneze aceste sub-personalități, să mențină conversații între unele din cele opuse, sau chiar să observe felul în care se îmbracă diferit. Aceste intervenții pot apoi facilita integrarea în personalitate, așa încât să ne lărgim aria de resurse. Psihoterapia Gestalt subliniază de asemenea importanța recunoașterii mai multor ”sine” diferite în persoană (Polster, 1995), și, în mod similar, sprijină dialogurile experimentale între aceste ”sine” diferite, ca o modalitate atât de a clarifica dinamicile interne cât și de a obține o integrare mai utilă în prezent.

## 85 Lucrul cu simbolismul și metafora

Am atras atenția în mod susținut la importanța în psihoterapie a proceselor de comunicare implicită dintre terapeut și client și la necesitatea ca terapeutul să fie capabil să înțeleagă aceste procese cât și să dezvolte modalități prin care să lucreze cu ele. De vreme ce problemele cheie pe care clientul le aduce sunt probabil în afara conștientizării sale, acestea pot ieși la suprafață prin povești care conțin o varietate de simboluri și metafore. Într-adevăr, am putea privi întreg procesul terapiei în termeni de ”povești”, o abordare adoptată de autori în domeniul abordărilor narative ale psihoterapiei (de ex. McLeod, 1997; Etherington, 2000). McLeod (1997) sugerează că: ”Oamenii vin la terapie pentru că poveștile lor de viață sunt confuze, incomplete, dureroase sau haotice. Printr-o ascultare atentă și o interpretare sensibilă a ceea ce este spus, terapeutul facilitează apariția unei narațiuni mult mai satisfăcătoare, a unei povești `bune`” (p. 86). McLeod se inspiră din distincția sugerată de Spence (1982) între ”adevărul narativ” și ”adevărul istoric”, scoțând în evidență că adevărul istoric nu poate fi cunoscut cu precizie și astfel slujba terapeutului este de a lucra empatic în prezent cu adevărul narativ pe care îl aduce clientul. De exemplu, clientul care se descrie pe sine ca pe un ”copac fără rădăcini adecvate” este clar că spune ceva despre experiența sa

timpurie, precum și că exprimă sentimentul față de sine în prezent. Întrebarea care se ridică este despre modul în care terapeutul poate reacționa la o metaforă de acest fel. În timp ce o abordare psihanalitică mai clasică ar fi interpretarea unor astfel de metafore, în dorința de a pune laolaltă piesele de puzzle, noi am pleda pentru o reacție atentă și o dorință de a lucra direct cu metafora care este prezentată de client.

Zinker (1978), dintr-o perspectivă Gestalt, accentuează procesul creativ în care simbolurile pot fi transformate în insight-uri iar gesturile în noi seturi de comportamente. El stabilește modalitățile prin care experimentele creative pot fi construite în colaborare cu clienții, cu perspectiva de a obține astfel de rezultate. Unele indicații folositoare pentru terapeutul care lucrează cu povești și metafore sunt de asemenea sugerate de Sunderland (2000). Deși ea scrie în contextul muncii cu copii, credem că idelile ei sunt în mod egal folositoare în munca cu clienții adulți. Ea scoate în evidență faptul că folosirea metaforei este o formă de comunicare indirectă care poate reflecta incapacitatea sau indisponibilitatea de a vorbi direct despre probleme sensibile sau dezvăluitoare. A rămâne cu metafora în răspunsul dat reflectă o abordare empatică în care clientul poate vorbi despre problemă fără să simtă că este ”deschis cu forța” de către terapeut. Dintr-o perspectivă diferită, adesea se întâmplă ca terapeutul, ascultându-l pe client, să devină brusc conștient de o imagine care îi vine în minte, și care reflectă potențial vreo înțelegere simbolică a ceea ce poate fi încă în afara conștientizării clientului. Împărtășirea unor astfel de imagini poate fi extrem de rodnică și poate conduce la și mai multă experimentare și insight.

## 86 Lucrul cu visele

În multe feluri, lucrurile pe care le-am discutat mai înainte în legătură cu lucrul cu metaforele și simbolurile se vor aplica, de asemenea viselor, de vreme ce visul este o formă de ”poveste”. În prima fază vom recomanda adoptarea unei poziții de curiozitate și o atitudine fenomenologică, bazată pe conștientizare în prezent. Povestirea unui vis este de asemenea o activitate relațională, de vreme ce visul este re-povestit unei alte persoane, în cazul acesta terapeutul, și acest fapt în sine poate fi semnificativ și poate reflecta aspecte ale muncii terapeutice care s-au desfășurat în sesiunile recente. De exemplu, dacă clientul vine cu un vis despre cineva care a fost foarte furios pe el, iar sentimentul său în vis era că făcuse ceva greșit, atunci terapeutul poate face o legătură în mintea lui între visul povestit și un sentiment imaginat că terapeutul ar fi furios pe client. Se poate întâmpla ca această asociere să fie legată de faptul că clientul simțise furie la adresa terapeutului și ca urmare se aștepta la vreo formă de răzbunare, ceva care putea fi legat de experiențele din copilărie. Apariția problemei în vis creează spațiu pentru o explorare care poate fi adusă progresiv în timpul prezent și în relația actuală dintre terapeut și client. Oricum, vrem să avertizăm împotriva folosirii interpretării imediate, ci vom sugera în loc angajarea într-o explorare fenomenologică a ceea ce clientul înțelege din visul său. Este util pentru terapeut să asculte cu o ”a treia ureche”,

pentru a capta orice rezonanțe sau asocieri. Folosirea propriilor reacții emoționale și corporale la vis așa cum este povestit, poate furniza de asemenea informații relevante.

Pe de altă parte, visul clientului poate reflecta un material nou, legat de propria lui poveste să care, pentru moment, este în afara conștientizării sau, într-un fel sau altul este dificil de recunoscut și exprimat. În acest caz pledăm pentru lucrul cu visul ca și cum s-ar întâmpla în prezent iar clientul va fi invitat să re-intre în vis și să spună povestea ca și cum s-ar întâmpla în acel moment. În acest mod, experiențele și emoțiile sunt amplificate considerabil. Un exemplu din propria noastră practică a fost cel al unui client care a venit cu un vis despre un vas mare care avea în el un lichid gros. De asemenea în vis erau prezente două broaște, una era în lichid iar cealaltă stătea lângă vas. Terapeutul l-a invitat pe client să re-intre în vis și să-l povestească din nou, ca și cum s-ar desfășura în prezent, adăugând orice cuvinte sau dialog care îi trece prin minte în legătură cu poziția celor două broaște. Cheia înțelegerii visului a apărut atunci când clientul a luat poziția broaștei care stătea lângă vas. A descoperit că spunea ”nu por să te salvez, nu pot să te salvez” și în expresia sa au apărut emoții copleșitoare care au fost recunoscute ca fiind legate de moartea unui frate și de sentimentul de nesuportat de vinovăție a supraviețuitorului, precum și un simț al responsabilității exagerat asociat. Expresia manifestată la timpul prezent, cuplată cu experimentarea a ceea ce vroia să spună broasca, au permis apariția acestei clarități și au permis exprimarea durerii și a neputinței.

## 87 Lucrul cu transferul erotic

Transferul erotic are un istoric lung și oarecum controversat în literatura analitică, de pe vremea când Freud îl privea ca pe o formă de rezistență la tratament, până în timpul prezent, când psihoterapia a fost descrisă în esență ca fiind o relație erotică (Mann, 1997). Mann și alți gânditori contemporani consideră eroticul ca o expresie necesară și inevitabilă a transferului pozitiv, indicând căutarea clientului pentru un nou obiect de transformare. Mann privește eroticul ca ”fiind la baza fanteziilor inconștiente” și ”însăși cel mai creativ lucru din viață…inextricabil legat de pasiune” (1997: 4). El consideră că toate relațiile umane sunt într-un fel legate de eros, legătura timpurie mamă-copil fiind prima relație erotică. Relația terapeutică oferă oportunitatea de a lucra la conflictele Oedipiene și pre-Oedipiene, prin intermediul unei experiențe transformatoare care poate vindeca trecutul și poate conduce la o capacitate adultă creativă de a iubi. În cadrul acestui proces clientul poate fi ajutat să distingă progresiv între erotismul infantil și sentimentele sexuale adulte. Mann este de acord că, de vreme ce impulsurile de dragoste erotică pot fi suprimate în cursul terapiei, iubirea transferențială poate fi folosită în serviciul curei și al insight-ului. Suntem de acord cu Mann că eroticul este inevitabil prezent în relația terapeutică și chiar dacă terapeutul recunoaște sau nu, el participă la aceasta, așa că este esențial să-și dezvolte sensibilitatea față de acest domeniu al terapiei și să folosească aceste sentimente în interesul creșterii și al schimbării.

Messler Davies (2003) scoate în evidență că în cele mai optime condiții de dezvoltare, bătălia Oedipiană este ”atât câștigată cât și pierdută” (p. 10). Ea adaugă că ”cu toții trebuie să integrăm aspectele idealizate și de-idealizate atât ale angajamentelor incestuoase heterosexuale cât și homosexuale” (p. 10). În această perspectivă, relația terapeutică oferă oportunitatea de a re-lucra la aceste tensiuni în siguranța unei relații în care manifestarea sexuală este interzisă și unde putem simboliza aceste experiențe în limbaj și metaforă, astfel încât să putem asimila trecutul. Terapeutul are rolul ”iubitului dezamăgitor și dezamăgit” și are nevoie să se confrunte cu dezamăgirea sa de a nu fi obiectul primar al iubirii (p. 13). Ceea ce este crucial în confruntarea cu transferul și contra-transferul erotic, este un spațiu sigur de supervizare unde aceste sentimente pot fi recunoscute și explorate cu sinceritate. Recomandăm prudență în asumarea conducerii de către terapeut în orice dezvăluire a sentimentelor erotice, deoarece acest lucru ridică probleme de putere în relație și pot lăsa clientul simțindu-se dezavantajat și la mila sentimentelor sentimentelor terapeutului. Astfel de dezvăluiri sunt rar folositoare sau necesare.

Mult prea adesea terapeuților în formare li se pare mai uşor să ignore elementele erotice din relația terapeutică în detrimentul progresului terapiei. Credem că este vital ca terapeuții să fie comfortabili cu propria lor sexualitate, astfel încât să poată fi deschiși și să nu intre în defensivă atunci când clienții aduc sentimente erotice în terapie. Terapeutul trebuie să simtă și să-și conțină propriile sentimente și să faciliteze lucrul clientului cu ale sale. Astfel el poate face posibil pentru client să vorbească despre experiențele sale erotice și sexuale timpurii și despre felul în care acestea s-au simțit în întâlnirea terapeutică și pot fi încă re-manifestate în alte relații intime curente, într-o manieră disfuncțională. În concluzie, atragem atenția cititorului asupra declarației lui Mann, ”că pacientul stabilește o legătură cu terapeutul precum stabilește o legătură și cu partenerul sexual” (Mann, 1997: 123); că maniera clientului de a organiza legătura cu terapeutul aduce un insight valoros în tiparul de întâlnire sexuală cu un partener al clientului. Aceste idei pot suna descurajant pentru începătorii în profesie, dar în experiența noastră ele adaugă insight-uri valoroase și cu potențial vindecător, demne de luat în seamă în procesul psihoterapeutic.

## 88 Folosirea ”sinelui” de către terapeut în procesul terapeutic

Cadrul nostru de lucru integrativ acordă o mare importanță folosirii sinelui de către terapeut. În primul rând, așa cum am văzut, procesul terapeutic implică niveluri semnificative de comunicare implicită care este în general corporală. Înțelegerea pe care terapeutul o are față de acest proces și recunoașterea faptului că unele mesaje vor fi transmise, de exemplu, prin procesul identificării proiective, îi permit terapeutului să se ocupe de construirea încrederii în ceea ce experimentează în el însușii în relație cu clientul și cu poveștile și problemele acestuia. Această cunoaștere poate fi folosită apoi încontinuare pentru explorare fenomenologică precum și pentru influențarea strategiilor și a țelurilor în cursul procesului terapeutic. Unul dintre avantajele întreprinderii propriului lucru terapeutic de către terapeut este că această experiență îi permite să devină mai abil în propriile capacități reflective, în termenii propriului material și reacții, precum și că devine mai familiar cu procesul de a reflecta în acest mod. Terapeuții pot, așadar, învăța mai repede și mai exact să prindă reacțiile de moment ale clienților și să le folosească pentru o explorare continuă.

Rowan și Jacobs (2002) propun trei moduri diferite a folosirii sinelui de către terapeut: instrumental, autentic și transpersonal. Folosirea instrumentală a sinelui se referă la anumite activități raționale, cum ar fi clarificarea contractului, stabilirea de țeluri relevante sau măcar a unui scop general, folosirea de strategii care au fost de ajutor cu alți clienți, și la sprijinul general oferit de experiență și de acumularea cunoașterii. Modul autentic

de a fi se referă la o mai mare folosire a unei abordări relaționale și a unui angajament cu clientul, abordare care este centrală pentru psihoterapiile umaniste și care acum devine mai predominantă în general în cadrul modurilor de lucru psihanalitice. Legătura autentică este reflectată de asemenea în abordări din cadrul psihoterapiei cognitiv comportamentale, care accentuează importanța colaborării cu clientul precum și stabilirea unei bune alianțe. A treia modalitate de folosire a sinelui terapeutului este numită de Rowan și Jacobs (2002) transpersonală. Noi am egala aceasta cu atitudinea Eu-Tu descrisă de Buber (1923/1996), precum și cu îmbrățișarea nesiguranței și a incertitudinii în fața preocupărilor existențiale (Watts, 1979). În practică, aceste forme diferite de a fi nu se exclud reciproc, ci se schimbă între ele în fața nevoilor imediate în cadrul terapeutic.

## 89 Lucrul cu contra-transferul

Mai devreme am atras atenția asupra naturii inseparabile a transferului și contra-transferului în ”dansul” care evoluează între terapeut și client. Un psihoterapeut integrativ trebuie să fie capabil să conceptualizeze acest proces intersubiectiv și relațional, luând în același timp decizii bazate pe propria reacție față de client, pe măsură ce relația se desfășoară. Terapeutul are nevoie de asemenea să se gândească la diferența dintre contra-transfer și pre-transfer, de vreme ce acesta din urmă a fost subliniat ca indicator al tensiunii dintre o perspectivă bazată pe probleme de egalitate și constructivism social și o alta bazată pe explorarea proceselor intrapsihice și interpersonale (Curry, 1964). Evoluția conceptului de contra-transfer în psihoterapia psihanalitică a fost semnificativă. Față de începuturi, când noțiunea dominantă de contra-transfer era privită ca o interferență, am progresat de-a lungul provocării lui Heimann (Heimann, 1950) în legătură cu importanța reacției terapeutului la client, până la recunoașterea mai recentă a faptului că, contra-transferul terapeutului și expresia sa pot juca un rol semnificativ în facilitarea unui rezultat bun al terapiei (Maroda, 1991 între alții). Maroda argumentează că scopul unei relații terapeutice utile este de a merge dincolo de stabilirea unei bune alianțe de lucru și de a fi capabil de a conține și dezvolta un conflict mai dinamic, în interesul rezolvării unora dintre dificultățile pentru care clientul a venit la terapie. Ceea ce este important aici este tensiunea dintre posibila re-manifestare a unei dinamici disfuncționale și posibilitatea ca terapeutul, prin folosirea judicioasă a propriilor reacții conștiente față de client, să poată sprijini un rezultat diferit decât a fost cazul înainte, creând astfel o conștientizare extinsă și o selecție mai largă a posibilităților de alegere în interacțiunea umană.

Pentru a face această distincție, psihoterapeutul trebuie să discrimineze, atât cât este posibil, între propriile probleme terapeutice şi cele ale clientului. În practică, dată fiind inter-relația dintre transfer şi contra-transfer, această distincție nu este uşor de făcut. Totuşi, aici este punctul în care stabilirea supervizării devine atât de importantă, oferind oportunitatea de a reflecta asupra acestor probleme și de a gândi cu grijă la modul în care se poate acționa în fața unor astfel de provocări. Maroda (2002) furnizează o analiză utilă și accesibilă a felului în care se poate face față eventualității ca trecutul clientului și al terapeutului să fie convergente, creând unele blindspot-uri (puncte oarbe – n.t.) în terapeut. O astfel de analiză confirmă că terapeutul este uman. Așa cum Maroda scoate în evidență:

> Acceptarea faptului că pacientul și analistul sunt sortiți să se miște unul pe celălalt în moduri misterioase lasă loc acceptării atât a recipientului cât și a stimulatorului emoțiilor neașteptate, intense. Și această acceptare lasă loc încontinuare pentru explorarea celor mai terapeutice modalități de lucru la scenele din trecut re-create.
>
> (Maroda, 2002: 140)

Maroda atrage de asemenea atenția asupra formelor de contra-transfer care semnalizează defensiva terapeutului. Acestea includ retragerea psihologică a terapeutului fașă de client, contrazicerea clientului, a deveni prea intelectual sau tăcut, sau experimentarea unor sentimente extreme de furie sau stânjeneală. Aceste zone sunt mult mai provocatoare pentru pentru un psihoterapeut începător, dar cu experiența și sprijinul supervizării devine mai uşor să se sesizeze aceste reacții extreme care sunt în general caracterizate de un sentiment de ”părăsire” metaforică a clientului.

## 90 Auto-dezvăluirea în psihoterapie: folosiri și abuzuri

Subiectul auto-dezvăluirii în psihoterapie a provocat multe dezbateri încinse; există de asemenea și perspective diferite istorice și de modalitate asupra acestui subiect. În mod tradițional, psihanaliza a fost împotriva oricărui fel de auto-dezvăluire din partea terapeutului, în favoarea prezentării unui ecran alb pe care clientul să proiecteze problemele sale relaționale. În timp ce o astfel de poziție este potențial ne-realistă și opresivă, suntem de asemenea conștienți că accentul asupra congruenței terapeutului în tradițiile umaniste a condus uneori la un sentiment al potențialului terapeutului de incontinență psihică sau onestitate promiscuă, pe care nu le vom recomanda cu siguranță. Yalom (2001) stabilește în mod util trei tărâmuri ale auto-dezvăluirii terapeutului, preocupate cu mecanismele terapiei, sentimentele din aici-și-acum, și subiecte care au de a face cu viața personală a terapeutului. El este în favoarea completei transparențe în legătură cu mecanismele terapiei, astfel încât clientul să poată avea un simț clar al procesului și al logicii tratamentului, minimalizând astfel ceea ce el numește ”anxietatea secundară” care decurge dintr-o ” situație socială ambiguă, fără repere pentru un comportament sau o participare adecvate” (p. 85). În ceea ce privește sentimentele din aici-și-acum, Yalom pledează pentru discreție, astfel încât transparența nu este urmărită pentru ea însăși. O astfel de poziție este sprijinită și de Maroda (2002), și fundamentată de faptul că valoarea terapeutică a auto-dezvăluirii trebuie să fie evaluată cu grijă. Noi sugerăm că, dacă este suficientă incertitudine, este mai bine să se procedeze cu prudență, în sensul de a spune mai puțin, fără a i se lăsa clientului sentimentul că ceva important nu este divulgat. Terapeutul își poate asuma faptul că este incert și că vrea să se gândească la această problemă sau la întrebările care i s-au pus.

În ceea ce privește subiectul vieții personale a terapeutului, Yalom îndeamnă la prudență și reflecție atentă, de vreme ce aceasta este probabil cea mai controversată zonă. Pe de altă parte, deschiderea confirmă faptul că terapeutul este o ființă umană obișnuită ca oricare alta și nu exclude explorarea motivelor pentru care clientul a pus întrebarea, în primul rând. Oricum, Yalom atrage de asemenea atenția asupra faptului că clientul este protejat de confidențialitate, în timp ce terapeutul nu este; prin urmare, dacă există informație pe care terapeutul o consideră sensibilă, recomandarea este să se păstreze tăcerea. În general, subiectul auto-dezvăluirii aduce cu sine complexități, de vreme ce schimbul de informații dintre terapeut și client este profund relevant pentru însăși procesul terapeutic, și, de asemenea, se întâmplă la nivele implicite. Noi suntem în favoarea unei abordări sensibile și prudente a acestui subiect, din perspectiva a ceea ce este posibil să fie cel mai terapeutic lucru pentru un client anume, într-un punct anume al terapiei. Într-o relație care este adesea îndârjită de dezechilibru de putere și posibilă opresiune, țintim să fim cât mai transparenți posibil, acordând considerația cuvenită unui standard de îngrijire profesional. Această poziție este sprijinită de asemenea într-o măsură de literatura pe subiectul rezultatelor, în cercetarea în psihoterapie, în care terapeuții care folosesc auto-dezvăluirea judicioasă sunt cotați de clienți ca fiind mai de folos (Bedi et al., 2005), precum și cotați ca fiind mai eficienți în studiile bazate pe observații (de ex. Watkins, 1990). Hill și Knox (2002), într-o trecere în revistă utilă a cercetărilor disponibile, indică unele complexități în definirea auto-dezvăluirii, în timp ce stabilesc și directive de practică ce sprijină poziția pe care am schițat-o mai sus.

## 91 Abordarea procesului de ruptură și reparare

Heinz Kohut a acordat atenție în mod particular creării unei legături între terapeut și client, bazată pe acordare empatică și transferul sine-obiect, precum și accentuării rolului important al rupturii: ”matricea susținătoare tăcută furnizată de transferul sine-obiect stabilit spontan către analist, care se stabilește în fazele timpurii ale analizei, este frântă iar și iar de eșecurile empatice inevitabile, totuși temporare și în consecință ne-traumatizante, ale analistului – acestea fiind `eșecurile optime`” (p. 66). Am trecut în revistă anterior, de asemenea, importanța unor astfel de ”eșecuri” în dezvoltarea unui copil sănătos, și rolul pe care ”ruptura și repararea” îl joacă în dezvoltarea structurii securizante a sinelui unui copil. Aceste idei au condus la un interes din ce în ce mai mare în literatura psihanalitică mai recentă despre procesul de ruptură și reparare în cadrul terapeutic, și asupra rolului cheie potențial pe care acest proces l-ar putea juca în determinarea rezultatului tratamentului (de ex. Mitchell și Aron, 1999; Safran și Muran, 2000).

Cercetările asupra factorilor alianței au început mai recent să adreseze problema rupturii și a reparării mai în detaliu, accentuând rolul central pe care negocierile implicite și explicite între terapeut și client îl joacă în cursul procesului terapeutic și efectele variate pe care negocierea cu succes sau fără o poate avea în timpul sesiunilor, precum și asupra rezultatului general. Safran et al. (2002) conceptualizează o ruptură ca fiind alcătuită potențial din trei forme diferite: neânțelegeri în privința sarcinilor tratamentului; neânțelegeri în privința țelurilor tratamentului; și tensiuni în legătura terapeutică. În practică, oricum, aceste forme sunt interdependente, subliniind complexitatea definiției și al focusului cercetării. Pe scurt, acești autori subliniază importanța preocupării cu procesul de ruptură în terapie, accentuând de asemenea și cât de subtilă poate fi aceasta. Ei atrag atenția asupra importanței procesului de ruptură și reparare pentru anumiți clienți, indicând că o creștere liniară într-o experiență pozitivă de alianță este

utilă pentru anumite grupuri de clienți care poate că nu au beneficiat de procesul ruptură-reparare. Totuși, considerăm că este de neconceput ca un terapeut să nu eşueze, într-o mie de moduri mărunte, să împlinească aşteptările, uneori idealizate, la care un client poate spera. Reacțiile deschise și non-defensive la astfel de evenimente sunt cruciale, precum şi promptitudinea terapeutului în a-şi asuma responsabilitatea pentru greşeli, şi de a le admite. Țelul cheie este evitarea antrenării în ”cercuri vicioase” intense, acestea fiind asociate cu un rezultat slab, de obicei sub forma încetării premature a tratamentului de către client. Putem observa cât de delicat poate fi acest proces cu anumite grupuri de clienți, în mod particular acolo unde este prezent un proces borderline. Bateman și Fonagy (2006) subliniază modul în care rupturile grave reflectă ”conjuncția de tipare relaționale în pacient și în terapeut” (p. 100), atrăgând de asemenea atenția la abilitatea pe care terapeutul trebuie să o aibă pentru a negocia eficient astfel de situații. În această privință, ei subliniază necesitatea ca terapeutul să-și redreseze propria capacitate de mentalizare cât de repede posibil și să continue să fie deschiși în privința pierderii temporare a acesteia, reducând astfel sentimentul de confruntare și conflict. Negocierea cu succes a unei rupturi grave necesită un terapeut care să fie ”investigativ, activ, empatic”, dar care trebuie să se ”abțină de la a deveni un expert care știe” (p. 101). În acest fel, un proces robust de mentalizare poate fi atât modelat cât și potențial stimulat în schimburile relaționale care sunt garantate.

## 92 Lucrul cu puneri în scenă și impasuri terapeutice

O punere în scenă decurge din inconștientul relațional co-creat între terapeut și client și se manifestă într-o formă de reacție care alertează terapeutul că se poate să existe un impas terapeutic sau o fundătură în lucru. Fie terapeutul sau clientul pot iniția inconștient o acțiune într-un astfel de mod încât să evoce un răspuns familiar sau dorit de la celălalt. ”Punerile în scenă au loc atunci când o încercare de a actualiza o fantezie de transfer solicită o reacție de contra-transfer” (Chused, 1991: 629), sau invers atunci când terapeutul inițiază punerea în scenă. Pentru că inițiatorul poate fi ori terapeutul, ori clientul, este vital să se reflecteze asupra acestui proces în supervizare, pentru a înțelege ce este pus în scenă între tine și client. În mod esențial, oricum, trebuie să recunoaştem că punerile în scenă sunt co-create și semnalizează că există anumite probleme critice care sunt evitate, ignorate, sau, în cel mai bun caz, omise, în întâlnirea terapeutică. Termenul de punere în scenă se poate referi la comportamente, gânduri, fantezii, gesturi, chiar tăceri, sau orice alt proces în care, în acel moment, se poate să fii total inconștient că joci un rol ca terapeut. Jacobs elaborează asupra acestor lucruri: ”Între acestea sunt gânduri repetitive despre pacient, adesea acompaniate de sentimente de depresie sau alte schimbări de dispoziție, o nevoie repetitivă de a vorbi despre sesiuni și despre apariția pacientului în conținutul manifest al viselor analistului” (Jacobs, 1984: 291). Ceea ce iese la iveală în punerile în scenă, adesea prin intermediul fanteziilor, al viselor și al canalelor de comunicare non-verbale, nu înseamnă neapărat că acesta este material dintr-o perioadă de dezvoltare pre-verbală, ci mai degrabă că reflectă multele moduri, adesea implicite și non-verbale, în care reglăm afectul și transmitem conflictele noastre sau materialul ne-simbolizat reprimat dintr-o anumită zonă în alta. Autorii psihanalitici relaționali preferă termenul de punere în scenă aceluia de ”manifestare” sau ”repetiție”, de vreme ce acești termeni tind să pună accentul doar pe comportamentul clientului, ca și cum terapeutul este un observator imparțial. Chused de asemenea indică: ”Chiar și termenul `identificare proiectivă`, în timp ce recunoaște receptivitatea analistului față de pacient, nu recunoaște contribuția la experiența analitică, care este determinată de propria psihologie a analistului” (1991: 627).

> Astfel de puneri în scenă poartă potențialul de schimbare dacă ies la suprafață și sunt lucrate în relație: În această perspectivă a punerii în scenă într-o situație clinică este implicită așteptarea ca analizarea îndeaproape a comportamentelor inter-personale modelate între cei doi va oferi indicii care conduc la conflicte intrapsihice latente și reziduuri ale relațiilor obiect anterioare, pe care unul le-a declanșat în celălalt, și între ei actualizarea ambelor.
>
> (McLaughlin, 1991: 601)

Nu punerea în scenă în sine este terapeutică, ci bunăvoința terapeutului de a reflecta asupra ei și de a integra aceste înțelegeri înapoi în procesul terapeutic. În acest mod semnificația de transfer pentru ambele părți poate fi adusă la suprafață și folosită în continuarea lucrului.

Slochower (1996) descrie foarte bine atât aspectele pozitive cât și pe cele negative ale punerii în scenă: ”Aceste momente au o semnificație istorică importantă pentru pacient (și pentru analist) și sunt așadar `bonusuri` analitice esențiale care semnifică schimbarea potențială. În mod simultan, oricum, punerile în scenă reflectă eșecul parțial al analistului – de a înțelege și de a articula înainte de a acționa” (Slochower, 1996: 370). Pentru terapeut, aceste puneri în scenă reprezintă momente în care terapeutul re-întărește neintenționat dimensiunea repetitivă a transferului și, între altele, joacă în fricile sau speranțele clientului pentru o salvare magică. Luate ca atare, pot rezulta în impasuri sau fundături în relația terapeutică, dar, de asemenea, indică și calea către procese care au nevoie să fie înțelese și rezolvate.

Dacă o punere în scenă este semnalizată de vreun aspect al întâlnirii terapeutice, atunci este esențial să se vorbească despre asta în supervizare, în vederea reflecției și analizei. Unele întrebări cruciale care trebuie puse sunt: ”Ce este ceea ce este evitat de către mine sau de către client?” sau ”Ce nu este recunoscut aici ca fiind important?” sau ”În ce fel le permit convingerilor mele teoretice să mă împiedice să văd ceea ce este evident în comunicarea clientului?” sau ”De ce sunt speriat să spun?” În acest mod, putem scoate la suprafață progresiv lucrurile care au nevoie de atenție și acest material poate fi tot atât de dureros pentru noi de recunoscut precum este și pentru client. Pentru a-l cita pe McLaughlin (2005): ”Fantomele trecutului din transfer nu sunt niciodată lăsate să se odihnească în întregime. În intensitatea muncii noi, cu trăsături unice și încă necunoscute, ele se întorc sub forme noi pentru a re-învia umbrele semnificației pe care uitasem de mult că o știusem. Punerile în scenă sunt lucrurile de așteptat pentru mine” (p. 199). Apreciem smerenia lui McLaughlin și atitudinea sa realistă față de participarea inevitabilă a terapeutului la puneri în scenă. În acest sens, vom face greșeli, dar problema importantă pentru munca noastră este să reflectăm asupra acestor puneri în scenă care, în timp ce pot conduce la impasuri terapeutice, ne permit de asemenea să descoperim ceea ce poate fi ascuns pentru noi, în serviciul clientului.

## 93 Acceptarea greșelilor și lucrul cu ele

Casement (2002) a atras în mod particular atenția asupra procesului de învățare din propriile greșeli, ca psihoterapeuți. El accentuează că vom greși adesea și că avem nevoie să învățăm să lucrăm cu acest proces de ”eșec” față de client. Dacă putem recunoaște o greșeală și lucrăm la procesul eșecului în relația cu clientul, atunci poate avea loc un proces de reparație care poate fi profund terapeutic. În 1963 Winnicott a indicat acest proces: ”Până la urmă pacientul folosește eșecurile analistului, adesea unele destul de mici… și trebuie să facem față faptului că suntem, într-un context limitat, înțeleși greșit. Factorul operator este că acum pacientul îl urăște pe analist pentru eșecul care, original a venit ca un factor de mediu, în afara controlului omnipotent al copilului, dar acel lucru este *acum* pus în scenă în transfer” (p. 344). În acest sens Winnicott consideră că este inevitabil să eșuăm față de client, dar că factorul de vindecare este atunci când procesul, acum sub controlul clientului în cabinet cu terapeutul, poate fi lucrat. Clientul poate aduce factorul extern rău în relația terapeutică și noi ne putem ocupa de asta.

Ceea ce reiese cu forță din scrierile lui Casement și Winnicott este probabilitatea foarte mare că vom eșua în fața clientului într-o manieră foarte asemănătoare cu părintele original. De exemplu, o persoană despre a cărei programare uităm este persoana care a fost lăsată să aștepte afară un părinte care nu a venit să o ia. Sau, clientul cu care suntem ușor distrași este acela care a trebuit să fie hiper-vigilent cu un părinte care era bolnav mintal și interpretează atitudinea noastră ca pe o dorință de a scăpa de el. Așa cum Casement punctează: ”Pacienții pot re-vizita experiențe cheie sau eșecuri timpurii de la părinții lor sau alți îngrijitori primari, prin folosirea unor eșecuri similare din partea analistului” (2002: 83). Adesea eșecul face o paralelă cu o situație pe care clientul a găsit-o foarte dificilă, așa că, prin prezența terapeutului și prin bunăvoința terapeutului de a facilita și de a tolera furia, frustrarea, durerea și rușinea clientului, vindecarea poate avea loc. Așa cum accentuează Casement, prin bunăvoința de a fi acolo pentru cele mai dificile sentimente ale clientului, adesea asociate cu trauma, și prin ”aparent mai mult decât alții pot suporta, un pacient poate până la urmă să descopere experiență care este mai bună și este vindecătoare” (p. 85). Acest proces cere o sensibilitate în mod particular din partea terapeutului, de a observa clientul îndeaproape, punând presupunerile la o parte și întâlnind clientul în iminența prezentului. Ne cere să rămânem onești față de experiența noastră și conștienți de propriile reacții într-o situație provocatoare, astfel încât să putem folosi toate acestea în interesul clientului.

## Partea 8

## ETICA ȘI PRACTICA PROFESIONALĂ

### 94 O poziție procesuală asupra eticii

În ultimii câțiva ani am văzut schimbări în modurile în care subiectul eticii și codurile asociate sunt abordate, creând prin urmare oportunitatea pentru mai multă creativitate, provocare și înviorare în domeniul reflecției etice și al luării deciziilor. Asociația Britanică pentru Consiliere și Psihoterapie (BACP) și Societatea Psihologică Britanică (BPS), în mod particular, au adus contribuții semnificative la dezvoltarea cadrelor de lucru etice, invitându-ne la reflecții mai locale, personale și sociale asupra soluțiilor legate de viața și munca noastră. Ambele organizații au elaborat un set de principii pentru ghidarea activităților de practică și de cercetare și pentru a sublinia cât de important este ca practicienii să se angajeze ei înșiși în procesul de reflecție în relație cu provocările etice întâlnite.

Această mișcare reprezintă o schimbare semnificativă în formularea și managementul ideilor etice și a practicii asociate, și ne îndreaptă către un domeniu de ”etică ca proces”. Așa cum indică codul BPS (2006), ”psihologii au toate șansele să aibă nevoie să ia decizii în situații dificile, schimbătoare și neclare” (p. 5), și ”principiile morale și codurile care explică aplicarea lor pot fi doar ghizi pentru gândire despre decizia pe care indivizii trebuie să o ia în cazuri specifice” (p. 6). Practicianul acum are nevoie să se gândească la principiile care sunt implicate și are toate șansele să se confrunte mai direct cu complexitatea unui asemenea proces de luare a deciziilor și cu faptul că este adesea imposibil să identifici o regulă clară în legătură cu o situație dată. Provocările etice vor trebui să fie acum explorate pe deplin, păstrând în minte de asemenea idea că se poate să nu existe cea mai bună modalitate de a acționa în legătură cu o situație dată. Aș susține că însăși explorarea interactivă reală este cea care sprijină un rezultat bun, și că avem un model demult stabilit în dialogul Socratic, pentru a ne ghida în aceste explorări. Cererea este ca indivizii aflați în conversație să se poziționeze pe sine personal în aceste argumente, vorbind cu onestitate și smerenie, și cu potențialul de a se deplasa către un rezultat mai încorporat. Într-adevăr, noțiunea unui discurs fragmentat, în sensul fragmentării minte/corp, poate fi în sine văzut ca o importantă preocupare etică (Sampson, 1998). Abordarea pe care o avem față de problemele etice oglindește abordarea noastră în general în această carte, cu un accent pe schimbul direct cu colegii din diferite cadre, menit să ne mențină în alertă din punct de vedere etic, acceptând în același timp smerenia. (Orlans, 2007).

## 95 Practica anti-opresivă

Dezbaterea teoretică în psihoterapie a fost, din punct de vedere istoric, despre reducționismul individual, cu un accent pe fenomenul intrapsihic și psihologic, până la excluderea socialului. Un exemplu citat în mod comun a fost schimbarea completă de opinie a lui Freud între 1886 și 1903, despre abuzul sexual asupra copiilor. Suntem de asemenea conștienți că ceea ce pare a fi ”interpersonal” poate avea procese structurale, instituționale și sociale semnificative întipărite în cadrul schimbului. Într-adevăr, am putea privi activitatea psihoterapeutică în general, ca fiind ea însăși construită social și sistemic (McNamee și Gergen, 1992; Parker et al., 1995). S-a argumentat că limbajul diagnosticului și tratamentului psihoterapeutic promovează limbajul deficienței și crează raționalismul științific ca pe un fapt, și nu ca fiind derivat social (Szasz, 1961, 1963; Pilgrim, 1997). Chiar și idea de ”sine” poate fi privită ca un fenomen cultural specific (Hoffman, 1992). În fața inegalităților din societatea noastră, și al accesului variat pe care diferite grupuri îl au la ajutorul psihologic adecvat, avem nevoie, în perspectiva noastră, să ne menținem în contact în mod constant cu o perspectivă sociologică mai largă și să ne păstrăm umilința în legătură cu ceea ce le oferim clienților noștri. În timp ce suntem de acord să sprijinim articularea prin formare și acreditarea unei mulțimi de practici anti-opresive în psihoterapie, cu măsurile relevante care pot monitoriza astfel de practici, gândim de asemenea că aceasta este o problemă morală pentru fiecare practician individual. Din perspectiva unui cadru de lucru integrativ pentru practică, este de ne-conceput pentru noi ca socialul și contextualul să fie excluse de la considerare, declarație pe care am făcut-o anterior, în articularea cadrului de lucru general stabilit în această carte. Ca și în cazul problemelor etice, subliniem problema practicii anti-opresive ca pe o problemă de proces ce este prezentă ca o provocare continuă în cadrul complexităților muncii pe care o depunem.

## 96 Profesionalism în practică

Pentru noi, profesionalismul are de a face atât cu macro-factori cât și cu micro-factori. La un nivel mai extins, susținem calitățile umilinței și conștientizării, precum și echilibrarea conceptualizării alternative. Sprijinim transparența și colaborarea, atât între grupuri de colegi cât și cu clienți, psihoterapeuți în supervizare și studenți. Dedicarea noastră față de un punct de vedere integrativ s-a ridicat din recunoașterea faptului că nu există cea mai bună metodă de a oferi ajutor pentru tulburarea psihologică și că avem nevoie în continuu să ne familiarizăm cu teoriile și cercetările relevante, precum și să ne menținem interesul pentru modul în care noile descoperiri se pot asocia activităților proprii de practică și predare. Avem nevoie de asemenea să ne preocupăm de modul în care ne organizăm teoria și practica într-o formă care are coerență. La un micro-nivel, există problema atenției continue la factori cum ar fi managementul granițelor, atenție conștientă acordată rutinei zilnice, și un interes autentic pentru calitatea serviciilor oferite clientului, fie acestea în propria practică sau în contextul supervizării sau al predării. În perspectiva noastră, profesionalismul este îmbunătățit semnificativ de o dedicare față de reflecția în acțiune. Donald Schon în mod particular (1983) a dezvoltat unele idei semnificative bazate pe niveluri diferite de învățare (Bateson, 1972) și le-a aplicat în cadre profesionale într-un mod pe care îl găsim interesant în mod special pentru aceia care lucrează într-un cadru terapeutic, ca și consilieri, psihoterapeuți sau supervizori. Bolton (2005) ne oferă de asemenea unele idei practice despre dezvoltarea și menținerea practicii reflexive în munca noastră, subliniind în mod particular calitățile respectului reciproc, o abordare autoritară bazată pe dedicare față de calitate, și un interes autentic în și o deschidere către produsul final în munca noastră. Nu privim aceste idei ca aparținând numai abordării noastre, ci ca pe un set fundamental de ”meta-competențe” generice care sunt importante oricare ar fi abordarea adoptată.

## 97 Domeniul larg al psihoterapiei

Lumea devine un loc din ce în ce mai mic, cu o conexiune în creștere între diferite țări și grupurile lor profesionale relevante. Ambele autoare au o gamă de conexiuni profesionale în alte țări și sunt conștiente de trendurile în dezvoltare în profesiile terapeutice, în ciuda tensiunilor care sunt de asemenea prezente în cadre diverse, unde perspectivele diferite și argumentele asociate sunt desființate. Dacă cercetăm domeniul psihoterapiei ca întreg, putem observa că au loc multe schimbări. Holmes și Bateman (2002) indică recunoașterea în creștere a importanței terapiilor psihologice, proliferarea programelor de formare, precum și asprirea cerințelor de acreditare, și insistența tot mai mare pentru o bază de dovezi ca și contracarare a tradiției și autorității. Ei subliniază de asemenea și creșterea abordărilor integrative, de exemplu, terapia comportamentală dialectică (DBT), terapia cognitiv-analitică (CAT), tratamentul bazat pe mentalizare (MBT), între altele, toate având o marcă particulară de integrare, bazată pe o logică argumentată și pe o formare specifică. Este clar în acest domeniu în dezvoltare că o abordare de școală unică a psihoterapiei nu se menține prea bine pe poziție în domeniul mai extins. Oricum, aceste dezvoltări aduc provocări interesante pentru abordările bazate pe cercetare și pentru producția unei baze de dovezi pentru practică. Barkham (2007), într-o trecere în revistă a diferitelor generații de cercetare în psihoterapie, subliniază focusul curent (Generația IV) asupra cercetării clinice semnificative, bazată pe procesul psihoterapiei și furnizând potențial considerabil mai multă integrare între cercetare și practică, decât a fost adesea cazul până acum.

## 98 Partea umbrită a organizațiilor de psihoterapie

Unul din aspectele acestui domeniu pe care îl găsim în mod special interesant este modul în care competiția, jocurile de putere, rolurile, invidia, ura, lăcomia și urmărirea narcisică a gratificării par a fi în mod constant evidențiate – se pare că trăim în prezența continuă și nu foarte bine deghizată a părții umbrite a muncii pe care o facem, indiferent de orientarea sau loialitatea profesională. Întrebarea interesantă este de ce trebuie să fie așa, în special într-o profesie care se presupune că și-a perfecționat abilitățile reflexive și care este preocupată, chipurile, cu sănătatea psihologică. Pilgrim (1997) ne oferă o analiză interesantă, bazată atât pe istoria cât și pe structura profesiei psihoterapiei. În primul rând, profesia este alcătuită din sub-grupuri, fiecare având o acoperire a identității profesionale inițiale, de exemplu, psihologie, psihiatrie, muncă socială, asistență și medicină, între altele. În al doilea rând, există un trend în profesionalizare, către organizarea învățăturii și a practicii. Citând din scrierile lui de Swaan despre profesionalizare (de Swaan, 1990), el stabilește componentele tipice pentru procesul de profesionalizare. Acestea acoperă stabilirea unui grup potențial ocupațional full-time; fondarea unui institut de trening cu programe de predare și o posibilă implicare universitară; stabilirea de structuri de reprezentare cum ar fi comitete formale; alocarea de calificări formale practicienilor; și impunerea unui cod de comportament pentru toți membri unei profesiuni particulare. În timp ce constatăm că acest proces a avut loc de-a lungul a numeroase abordări psihoterapeutice, au existat dificultăți grave în punerea de acord asupra standardelor generale de practică, precum și un înalt nivel de competiție între diverse grupuri care se luptă pentru putere, recunoaștere și resurse economice. Scena politică actuală, în legătură cu potențiala înregistrare guvernamentală a psihoterapeuților, pare să fi adus aceste procese la o cale mai concentrată și mai productivă. Poate că este cazul că în fața unui ”inamic” mai mare, în acest caz statul, se dezvoltă capacitatea de a stabili un contact mai clar și de a avea discuții mai folositoare. Una dintre autoarele acestei cărți a fost recent implicată în procesul de articulare a competențelor în cadrul domeniului psihoterapiei, proces care, în timp ce s-a dovedit uneori extrem de provocator și stresant, se pare că a condus la o mai mare claritate în legătură cu preocupările centrale ale diferitelor abordări ale psihoterapiei, precum și la identificarea punctelor comune semnificative în articularea a ceea ce încercăm să obținem, în clarificarea standardelor de practică, și în stabilirea liniilor directoare pentru practicieni și cursuri de formare. Alături de cei mai mulți dintre colegii noștri din profesie, urmărim aceste evoluții cu mare interes.

# 99 Provocări pentru psihoterapeutul integrativ

Sperăm că cititorul va fi capabil să discearnă singur de-a lungul lucrurilor pe care le-am acoperit în această carte, provocările multiple care îl așteaptă pe practicianul în psihoterapia integrativă. Recunoașterea faptului că nu există cea mai bună cale ne forțează să menținem tensiuni între diferitele abordări, ne implică într-o acoperire imensă de literatură relevantă și activitate de cercetare asociată, și ne implică în mod central în dezbaterea continuă despre eficacitate, precum și despre modurile în care aceasta este definită și cercetată. În mijlocul a toate acestea, ne imaginăm uneori cât de mângâietor ar fi să avem o singură modalitate în care să credem cu o oarecare certitudine, cu o graniță în jurul potențialei literaturi care trebuie să fie revizuită, precum ne imaginăm că atunci am avea un set de intervenții clar definite și care pot fi folosite în toate circumstanțele – o fantezie, bineânțeles, de vreme ce provocările cu care ne confruntăm vor fi de asemenea prezente și în alte cadre. Pentru noi, este ceva în mod particular provocator în dedicarea de a menține tensiuni între ceea ce uneori sunt facțiuni în conflict, în a păși cu prudență printre toate acestea, având o motivație clară precum și multă umilință, și să întâmpinăm particularitățile fiecărui client și ale fiecărui cadru terapeutic într-o manieră nouă. Totuși, există și entuziasmul de a fi capabili să explorăm o gamă largă de perspective asupra a ceea ce este un proces fascinant și alunecos al întâlnirii umane și al potențialei maturizări. Propria noastră abordare accentuează coerența integrării, mai degrabă decât o abordare ecclectică, cu o atitudine de ”culege și amestecă”. Oricum, spre deosebire de unele din abordările integrative dezvoltate, care au devenit modele de testare, abordarea noastră recunoaşte importanța persoanei terapeutului și nevoia ca această persoană să-și dezvolte propriul stil și coerența în abordarea sa integrativă. Aceasta este o provocare interesantă în mod particular în climatul politic curent, care favorizează o abordare mult mai ambalată a tratamentului și a activității bazate pe cercetare. Totuși, interesul în creștere al cercetării în complexitatea procesului terapeutic și în factorii implicați în rezultate, pare a indica mai puțin spre ceea ce terapeutul face, în termeni de intervenție specifică, și mai degrabă spre *cum* face ceea ce face, cuplat cu importanța caracteristicilor clientului, în schimbarea eficace (Cooper, 2008).

## 100 Reflecții

Scrierea acestei cărți ne-a oferit oportunitatea de a ne revizui propria gândire și practicile și modurile în care acestea au evoluat în cursurile pe care le-am condus și cu studenții pe care îi formăm și supervizăm. Hollanders (2007), reflectând asupra tendințelor din cadrul mișcării integrative, stabilește două poziții filosofice diferite. În primul rând, există ceea ce el numește firul modernist/pozitivist, care s-a concentrat pe folosirea elementelor comune diverse care stau la baza eficienței în psihoterapie și un interes paralel în combinarea acestora într-un sistem cu propria sa structură. Sprijinul pozitivist indică spre o căutare a ”adevărului” în cadrul contextului ”realității” prezentării tulburărilor de diverse tipuri. În contrast, el postulează poziția post-modernă/constructivistă, care evită orice narațiune măreață, fie în contextul a ceea ce constituie ființa umană deplin funcțională, sau în ceea ce constituie răspunsul exact care ar trebui să fie oferit în termenii unei abordări psihoterapeutice. El merge apoi mai departe schițând unele dintre firele operaționale la care ne-am referit mai devreme, mai cu seamă concentrarea pe ecclectismul tehnic, integrarea teoretică, factori comuni și abordările asimilatoare și de acomodare ale integrării. În termenii posibilelor permutări între cele două fire filosofice și modurile operaționale diverse, ne vedem pe noi înșine lucrând cu recunoașterea unei abordări pluraliste care caută să se angajeze cu ceea ce înseamnă să fii uman, să încerce să înțeleagă complexitatea profesiei în care suntem profund angajați, și să recunoască faptul că este puțin probabil să venim cu răspunsuri psihoterapeutice care se vor aplica în toate situațiile sau pentru toate problemele prezentate. În cursurile de formare pe care le conducem furnizăm ceea ce credem a fi idei de vârf și le oferim studenților oportunitatea de a ni se alătura în explorarea unei abordări care este bazată pe un set de valori umaniste, pe o energie de colaborare, și pe o angajare în încercarea de a înțelege și cerceta profunzimea și complexitatea ființelor omenești, cu speranța că putem oferi un serviciu util în fața tulburării. Experiența noastră de până acum în această privință a fost încurajatoare.

## Bibliografie

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. and Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Alexander, F. and French, T.M. (1946) *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.

American Psychiatric Association (APA) (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders (DSM-IV-TR)* (4th edn, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association (2000) Division 44/Committee on Lesbian, Gay and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 55, 1440-1451.

Aron, L. (1998/2000) Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 17 (4), 667-689 (originally presented at the APA meeting in Toronto, 1998).

Aron, L. E. and Sommer-Anderson, F. (1998) *Relational Perspectives on the Body.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Asay, T.P. and Lambert, M.J. (1999) The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan and S.D. Miller (eds) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Assagioli, R. (1975) *Psychosynthesis.* Wellingborough: Turnstone Press. Barbas, H. (1995) Anatomic basis of cognitive-emotional interactions in the primate prefrontal cortex. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews,* 19(3), 499 – 510.

Barkham, M. (2007) Methods, outcomes and processes in the psychological therapies across four successive research generations. In W. Dryden (ed.) *Drydens's Handbook of Individual Therapy* (5th edn). London: Sage

Batchelor, A. and Horvath, A. (1999) The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan and S.D. Miller (eds) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association

Bateman, A. and Fonagy, P. (2006) *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide.* Oxford University Press.

Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind.* New York: Ballantine.

Bayer, B.M. and Shotter, J. (eds) (1998) *Reconstructing the Psychological Subject: Bodies, Practices and Technologies.* London: Sage.

Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian.

Bedi, R.P., Davis, M.D. and Williams, M. (2005) Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trening,* 42(3), 311-323.

Beebe, B. (2000) Co-constructing mother-infant distress: the micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. *Psychoanalytic Inquiry*, 20(3), 421-440.

Beebe, B. and Lachmann, F.M. (2002) *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing interactions.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. and Sorter, D. (2005) *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York: Basic Books.

Beisser, A. (1970) The paradoxical theory of change. In J. Fagan and I.L. Sheperd (eds) *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, Applications.* New York: Harper & Row.

Beitman, B. D. (1992) Integration through fundamental similarities and useful differences among the schools. In J.C. Norcross and M.R. Goldfried (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Basic Books.

Beitman, D.B., Soth, A.M. and Bumby, N.A. (2005) The future as an integrating force through the schools of psychotherapy. In J.C. Norcross and M.R. Goldfired (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Oxford University Press.

Benjamin, J. (1995) *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference.* New Haven and London: Yale University Press.

Berger, P. and Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of reality.* London: Penguin.

Berne, E. (1961) *Transactional Analysis in Psychotherapy.* New York: Ballantine.

Berne, E. (1966) *Principles of Group Treatment.* New York: Grove Press.

Berne, E. (1972) *What Do You Say After You Say Hello?* London: Corgi.

Bohart, A.C. (2000) The client is the most important common factor: client's self-healing capacity and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 127-150.

Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S. and Watson, J. C. (2002) Empathy. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.

Bollas, C. (1991) *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known.* London: Free Association Books.

Bolton, G. (2005) *Reflective Practice: Writing and professional development* (2nd edn). London: Sage.

Bordin, E.S. (1994) Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In A.O. Horvath and L.S. Greenberg (eds) *The Working Alliance: Theory, Research and Practice.* New York: Wiley.

Boston Change Process Study Group (2008) Forms of relational meaning: issues in the relations between the implicit and reflective domain. *Psychoanalityc Dialogues,* 18(2), 125-148.

Bowlby, J. (1953) *Child Care and the Growth of Love.* Harmondsworth: Pelican.

Bowlby, J. (1971) *Attachment and Loss, Vol. I Attachment.* Harmondsworth: Pelican.

Bowlby, J. (1975) *Attachment and Loss, Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger.* Harmondsworth: Pelican

Bowlby, J. (1979) *The Making and Breaking of Affectional Bonds.* London: Tavistock.

Bowlby, J. (1988) *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* London: Routledge.

Bowlby, J. (1998) *Attachment and Loss, Vol. 3. Loss: Sadness and Depression.* London: Pimlico.

Brazier, D. (1995) *Zen Therapy: Transceding the Sorrows of the Human Mind.* New York: Wiley.

Briere, J. and Scott, C. (2006) *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment.* Thousand Oaks, CA: Sage.

British Psychological Society (BPS) (2006) *Code of Ethics and Conduct.* Leicester: British Psychological Society.

Buber, M. (1923/1996) *I and Thou* (translated by W. Kaufman). New York: Touchstone.

Burckell, L.A. and Goldfried, M.R. (2006) Therapist qualities preffered by sexual minority individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trening*, 43(1), 32-49.

Casement, P. (2002) *Learning from our Mistakes.* Hove, UK: Brunner-Routledge.

Chused, M.D. (1991) The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 39, 615-639.

Clark, D.M. (1996) Anxiety states. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk and D.M. Clark, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems.* Oxford: Oxford University Press.

Clarkson, P. (1989) *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage.

Clarkson, P. (1990) A multiplicity of psychotherapeutic relationships. *British Journal of Psychotherapy*, 7(2), 148-163.

Clarkson, P. (1992) *Transactional Analysis Psychotherapy*. London and New York: Routledge.

Clarkson, P. and Lapworth, P. (1992) Systemic integrative psychotherapy. In W. Dryden (ed.) *Integrative and Eclectic Therapy: A Handbook*. Buckingham: Open University Press.

Cooper, M. (2008) *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.

Copsey, N. (2006) Giving a voice to spiritual yearning. *British Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 56-61.

Cozolino, L.J. (2002) *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain.* New York: Norton

Cozolino, L.J. (2006) *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain.* New York: Norton.

Curry, A. (1964) Myth, transference and the black psychotherapist. *International Review of Psychoanalysis,* 5, 547-554.

Damasio, A. (1994) *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain.* London: Macmillan.

Damasio, A. (2000) *The Feeling of What Happens: Body, Emotion and the Making of Consciousness.* London: Vintage.

De Swaan, A. (1990) *The Management of Normality.* London and New York: Routledge.

Dhillon-Stevens, H. (2005) Personal and professional integration of anti-oppressive practice and the multiple oppression model in psychotherapeutic education. *British Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 47-61.

Dollard, J. and Miller, N.E. (1950) *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Duncan, B.L., Miller, S.D. and Sparks, J.A. (2004) *The Heroic Client.* San Francisco: Jossey-Bass.

Elton Wilson, J. (1996) *Time-Conscious Psychological Therapy.* London and New York: Routledge.

Epstein, M. (1995) *Thoughts without a Thinker.* New York: Basic Books.

Erskine, R.G. (1994) Shame and self-righteousness: transactional analysis prespectives and clinical interventions. *Transactional Analysis Journal,* 24(2), 86-102.

Erskine, R. G. ans Zalcman, M.J. (1979) The racket system. *Transactional Analysis Journal,* 9(1), 51-59.

Etherington, K. (2000) *Narrative Approaches to Working with Adult Male Survivors of Child Sexual Abuse.* London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Etherington, K. (2003) *Trauma, the Body and Transformation: A Narrative Inquiry.* London and New York: Jessica Kingsley Publishers.

Evans, K. R. (1994) Healing shame: a gestalt perspective. *Transactional Analysis Journal,* 24(2), 103-120.

Evans, K.R. and Gilbert, M.C. (2005) *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. London:Palgrave.

Eubanks-Carter, C., Burckell, L.A. and Goldfried, M.R. (2005) Future directions in psychotherapy integration. In J.C. Norcross and M.R. Goldfried (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Oxford University Press.

Famularo, R., Kinscherff, R. and Fenton, T. (1992) Psychiatric diagnoses of abusive mothers: a preliminary report. *Journal of Nervous and Mintal Disease,* 180, 658-661.

Feltham, C. (2007) Individual therapy in context. In W. Dryden (ed.) *Dryden's Handbook of Individual Therapy* (5th edn). London: Sage.

Ferenczi, S. (1994) *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis* (edited by Michael Balint, translated by Eric Mosbacher and others). London: Karnac.

Fiedler, F.E. (1950) A comparison of therapeutic relationships in psychoanalisis, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 239-245.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S. and Guthertz, M. (1990) Behaviour state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology,* 26(1), 7-14.

Fonagy, P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis.* London: Karnac.

Fonagy, P. and Target, M. (1997) Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology,* 9, 679-700.

Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M. and Higgitt, A. (1991) The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mintal Health Journal,* 13, 200-217.

Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M. and Higgitt, A. (1993) Measuring the gost in the nursery: an empirical study of the relation between parent's mintal representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 41, 957-989.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. and Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self.* New York: Other Press.

Foucault, M. (1981) *The History of Sexuality,* Vol. 1. London: Penguin.

Francis, D.D., Diorio, J., Liu, D. and Meaney, M.J. (1999) Non-genomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, 286, 1155-1158.

Frank, J.D. and Frank J.B. (1961) *Persuasion and Healing.* Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press.

Frank, J.D. and Frank, J.B. (1993) *Persuasion and Healing* (3rd edn). Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press (first edition published 1961).

French, T.M. (1933) Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry,* 89, 1165-1203.

Freud, S. (1913) On the beginning of treatment: further recommendations on the technique of psycho-analysis. In *Sigmund Freud Collected Papers, Vol. 2* (translated by Joan Riviere). New York: Basic Books, 1959.

Freud, S. (1915) Further recommendations in the technique of psycho-analysis: observations on transference-love. In *Sigmund Freud Collected Papers, Vol. 2* (translated by Joan Riviere). New York: Basic Books, 1959.

Gabbard, G.O. (2005) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (4th edn). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Gallese, V. (2001) The `shared manifold` hypotesis: from mirror neurons to emphaty. *Journal of Consciousness Studies,* 8(5-7), 33-50.

Gallese, V. and Goldman, A. (1998) Mirror neurons and the stimulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences,* 2, 493-501.

Geertz, C. (1975) *The Interpretation of Cultures*. London: Hutchinson.

Gelso, C.J. and Carter, J.A. (1985) The relationship in counselling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. *The Counselling Psychologist,* 13(2), 155-243.

Gelso, C.J. and Carter, J.A. (1994) Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counselling Psychology,* 41(3), 296-306.

George, C and Main, M. (1996) Representational models of relationships: links between caregiving and attachment. *Infant Mintal Health Journal,* 17, 198-216.

Gergen, K.J. (2009) *An Invitation to Social Construction* (2nd edn). London: Sage.

Gerhardt, S. (2004) *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain.* Hove and New York: Brunner-Routledge.

Gerson, S. (2004) The relational unconscious: a core element of inter-subjectivity, thirdness, and clinical process. *Psychoanalytic Quaterly,* 73, 63-97.

Glaser, D. (2003) Early experience, attachment and the brain. In J. Corrigall and H. Wilkinson (eds) *Revolutionary Connections: Psychotherapy and Neuroscience.* London: Karnac.

Glass, C.R. and Arnkoff, D.B. (2000) Consumers' perspectives on helpful and hindering factors in mintal health treatment. *Journal of Clinical Psychology,* 56(11), 1467-1480.

Goldfried, M.R. (1980) Toward a delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist,* 35(11), 991-999.

Goldfried, M.R. (1987) A common language for the psychotherapies: commentary. *Journal of Integrative and Eclectic Psychoteraphy,* 6, 200-204.

Goldfried, M.R. (1995a) *From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy Integration.* New York: Springer.

Goldfried, M.R. (1995b) Toward a common language for case formulation. *Journal for Psychotherapy Integration,* 5(3), 221-224.

Goldfired, M.R., Pachantis, J.E. and Bell, A.E. (2005) A history of psychotherapy integration. In J.C. Norcross and M.R. Goldfried (eds) *handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Oxford University Press.

Greenberg, J.R. (1999) Theoretical models of the analyst's neutrality. In S.A. Mitchell and L. Aron (eds) *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Greenberg, J.R. and Mitchell, S.A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenson, R.R. (1965) The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quaterly,* 34, 155-181.

Guajardo, J.M.F. and Anderson, T. (2007) An investigation of psychoeducational interventions about therapy. *Psychotherapy Research,* 17(1), 120-127.

Guntrip, H. (1992) *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self.* London: Karnac.

Hargaden, H. and Sills, C. (2002) *Transactional Analysis: A Relational Perspective.* London and New York: Routledge.

Harr, R. (1986) *The Social Construction of Emotions.* New York: Blackwell.

Hart, S. (2008) *Brain, Attachment, Personality: An Introduction to Neuroaffective Development.* London: Karnac.

Hayley, J. (1978) *Problem-Solving Therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Heimann, P. (1950) On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis,* 31, 31-34.

Heller, W. (1993) Neuropsychological mechanisms of individual differences in emotion, personality, and arousal. *Neuropsychology,* 7, 476-489.

Herman, J.L. (1992) *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Hill, C.E. and Knox, S. (2002) Self-disclosure. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.

Hoffman, L. (1992) A reflexive stance for family therapy. In S. McNamee and K.G. Gergen (eds) *Therapy and Social Construction.* London: Sage.

Hollanders, H. (2007) Integrative and eclectic approaches. In W. Dryden (ed.) *Dryden's Handbook of Individual Therapy* (5th edn). London: Sage.

Holmes, J. (1993) *John Bowlby and Attachment Theory.* London and New York: Routledge.

Holmes, J. and Bateman, A. (eds) (2002) *Integration in Psychotherapy:Models and Methods.* Oxford: Oxford University Press.

Horvath, A.O. and Bedi, R.P. (2002) The alliance. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.

Houston, J. (1982) *The Possible Human*. Los Angeles: J.P. Tarcher.

Hubble, M.A., Duncan, B.L. and Miller, S.D. (1999) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Hycner, R. (1993) *Between Person and Person: Toward a Dialogical Psychotherapy.* Gouldsboro, ME: Gestalt Journal Press.

Hycner, R. and Jacobs, L. (1995) *The Healing Relationship in Gestalt Therapy.* Gouldsboro. ME: Gestalt Journal Press.

Izard, C.E. and Kobak, R.R. (1991) Emotions system functioning and emotion regulation. In J. Garber and A. Dodge (eds) *The Development of Emotion regulation and Dysregulation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Jacobs, J.J. (1986) On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 34, 289-307.

Jacobs, M. (1986) *The Presenting Past: An Introduction to Practical Psychodynamic Counselling.* Milton Keynes: Open University Press.

Jaffe, L. (ed.) (2004) *The Technique and Practice of Psychoanalysis, Vol III: The Training Seminars of Ralph R. Greenson, M.D.* Madison, CT: International Universities Press.

Johnson, S. (1994) *Character Styles*. New York: Norton.

Johnson, S. M. (1985) *Characterological Transformation: The Hard Work Miracle.* New York: Norton.

Joines, V. and Stewart, I. (2002) *Personality Adaptations.* Kegworth: Lifespace.

Jones, M.A., Botsko, M. and Gorman, B.S. (2003) Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay and bisexual clients: the effects of sexual orientation matching and other factors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trening,* 40(4), 289-301.

Joyce, P. and Sills, C. (2001) *Skills in Gestalt Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.

Jung, C.G. (1961) *Collected Works* 16, para 452. Quoted in A. Samuels (1985) *Jung and the Post-Jungians.* London: Tavistock.

Jung, C.G. (1968) *Analytical Psychology: Its Theory and Practice.* New York: Random House.

Kahn, M. (1997) *Between Therapist and Client: The New Relationship.* New York: Henry Holt.

Kandel, E.R. (2005) *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind,* Washington, DC: American Psychiatric Publishing

Kareem, J. and Littlewood, R. (eds) (2000) *Intercultural Therapy* (2nd edn). Oxford: Blackwell.

Karr-Morse, R. and Wiley, M.S. (1997) *Ghosts from the Nursery: Tracing the Roots of Violence.* New York: Atlantic Monthly Press.

Kaufman, G. (1989) *The Psychology of Shame.* London and New York: Routledge.

Kepner, J.I. (1987) *Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy.* New York: Gestalt Institute of Cleveland Press.

King, M., Semylin, J., Killaspy, H., Nazareth, I. and Osborn, D. (2007) *A Systematic Review of Research on Counselling and Psychotherapy for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People.* Rugby: BACP.

Kohut, H. (1977) *The Restoration of the Self.* Madison, CT: International Universities Press.

Kohut, H. (1978) *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut Volume 1.* Madison, CT: International Universities Press.

Kohut, H. (1984) *How Does Analysis Cure?* Chicago: Chicago University Press.

Kohut, H. (1990) *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut Volume 3.* Madison, CT: International Universities Press.

Kohut, H. (1992) *The Analysis of the Self.* Madison, CT: International Universities Press.

Krueger, D.W. (1989) *Body Self and Psychological Self.* New York: Brunner/Mazel.

Krystal, H. (1968) *Massive Psychic Trauma.* Madison, CT: International Universities Press.

Krystal, H. (1988) *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Kutchins, H. and Kirk, S.A. (1997) *Making Us Crazy: DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mintal Disorders.* London: Constable.

Lago, C. and Thompson, J. (1996) *Race, Culture and Counselling.* Buckingham: Open University Press.

Laing, R. (1960) *The Divided Self.* Harmondsworth: Penguin.

Lapworth, P., Sills, C. and Fish, S. (2001) *Integration in Counselling and Psychotherapy.* London: Sage.

Layard, R., Bell, S., Clark, D., Knapp, M., Baroness Meacher, Priebe, S., Thornicroft, G., Lord Turnberg and Wright, B. (2007) *The Depression Report.* London: HMSO.

Lazarus, A.A. (1981) *The Practice of Multi-Modal Therapy.* New York: McGraw-Hill.

Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Noble, R., Clarke, L. and Iveson, S. (2005) Assesing risk and emotional disturbance using the CORE-OM and HoNOS outcome measures. *Psychiatric Bulletin,* 29, 419-422.

Leader, D. (2008) A quick fix for the soul. *Guardian,* 9 September.

Leahey, T.H. (2004) *A History of Psychology: Main Currents in Psychological Thought* (6th edn). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice hall.

LeDoux, J. (1998) *The Emotional Brain.* London: Phoenix.

Lee, R.R. and Martin, J.C. (1991) *Psychotherapy after Kohut: A Textbook of Self Psychology.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lewin, K. (1997) *Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science.* Washington, DC: American Psychological Association.

Linehan, M.L. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford Press.

Littlewood, R. and Lipsedge, M. (1997) *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry* (3rd edn). London and New York: Routledge.

Luborsky, L. (1994) Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In A.O. Horvath and L.S. Greenberg (eds) *The Working Alliance: Theory, Research and Practice.* New York: Wiley.

Luborsky, L., Singer, B. and Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapy: it is true that everyone has won and all will have prizes? *Archieves of general Psychiatry,* 32, 995-1008.

Mackewn, J. (1997) *Developing Gestalt Counselling.* London: Sage.

McLaughlin, J. (1991) Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytical Association,* 39: 595-614.

McLaughlin, J.T. and Cornell, W.F. (eds) (2005) *The Healer's Bent: Solitude and Dialogue in the Clinical Encounter.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

McLeod, J. (1997) *Narrative and Psychotherapy.* London: Sage.

McNamee, S. and Gergen, K.J. (eds) (1992) *Therapy and Social Construction.* London: Sage.

Maguire, K. (2001) Working with survivors of torture and extreme experiences. In S. Kink-Spooner and C. Newnes (eds) *Spirituality and Psychoterapy.* Ross-on-Wye: PCCS.

Main, M. (1993) Discourse, prediction and recent studies in attachment: implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 41, 209-244.

Main, M. (1995) Attachment: overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (eds) *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Main, M. (1996) Introduction to the special section on attachment and psychopatology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 64, 237-243.

Main, M. and Goldwyn, R. (1984) Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abuser intergenerational cycle. *International Journal of Child Abuse and Neglect,* 8, 203-217.

Main, M. and Solomon, J. (1986) Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton and M. Yogman (eds) *Affective Development in Infancy.* Norwood, NJ: Ablex.

Main, M. and Solomon, J. (1990) Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Stange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti and E.M. Cummings (eds) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention.* Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Kaplan, N. and Cassidy, J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton and E. Waters (eds) *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development,* 50(2-3), 66-104.

Mann, D. (1997) *Psychotherapy: An Erotic Relationship.* London and New York: Routledge.

Mann, D. (1999) *Erotic Transference and Countertransference: Clinical Practice in Psychotherapy.* London and New York: Routledge.

Maroda, K.J. (1991) *The Power of Countertransference: Innovations in Analytic Technique.* Chichester: Wiley.

Maroda, K.J. (2002) *Seduction, Surrender and Transformation: Emotional Engagement in the Analytic Process.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Martin, D.J., Garske, J.P. and Davis, K.M. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68, 438-450.

Maslow, A.H. (1987) *Motivation and Personality* (3rd edn). New York: Harper & Row.

Masterson, J.F. (1985) *The Real Self* . New York: Brunner/Mazel.

May, R., Angel, E. and Ellenberger, H.F. (1958/1994) *Existence*. New Jersey: Jason Aronson.

Mearns, D. and Thorne, B. (1988) *Person-Centered Counselling in Action*. London: Sage.

Mearns, D. and Cooper, M. (2005) *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy.* London: Sage.

Messer, S.B. (2001) Introduction to special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration,* 11(1), 1-4.

Messler Davies, J. (2003) Falling in love with love. *Psychoanalytic Dialogues,* 13(1), 1-27.

Miller, R. (2006) The first session with a new client: five stages. In R. Bor and M. Watts (eds) *The Trainee Handbook: A Guide for Counselling and Psychotherapy Trainees* (2nd edn). London: Sage.

Miller, S.D., Duncan, L.D. and Hubble, M.A. (2005) Outcome-focused clinical work. In J.C. Norcross and M.R. Goldfried (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Oxford University Press.

Mitchell, S.A. and Aron, L. (eds) (1999) *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Mollon, P. (2001) *Releasing the Self: The Healing Legacy of Heinz Kohut.* London: Whurr.

Mollon, P. (2005) *EMDR and the Energy Terapies: Psychoanalytic Perspectives.* London: Karnac.

Myers, C.S. (1940) *Shell Shock in France 1914-1918.* Cambridge: Cambridge University Press.

Nathan, P.E. and Gorman, J.M. (2007) *A Guide to Treatments that Work* (3rd edn). New York: Oxford University Press.

Nathanson, D.L. (1992) *Shame and Pride*. New York: Norton.

Newman, A. (1995) *Non-compliance in Winnicott's Words: Companion to the Writings and Work of D.W. Winnicott.* London: Free Association Books.

Newnes, C. (2007) The implausibility of researching and regulating psychotherapy. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy,* 7(4), 221-228.

Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. and Steele, K. (2004) Trauma-related structural dissociation of the personality. Retrieved 10 January 2009 from www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php

Norcross, J.C. (2002) Empirically supported therapy relationship. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.

O'Brien, M. and Houston, G. (2007) *Integrative Therapy: A Practitioner's Guide* (2nd edn). London: Sage.

Ogden, P., Minton, K. and Pain, C. (2006) *Trauma and the Body: A Sensiomotor Approach to Psychotherapy.* New York: Norton.

Ogden, T.H. (1999) The analytic third: working with intersubjective clinical facts. In S. Mitchell and L. Aron (eds) *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

O'Hara, M.M. (1984) Person-centered gestalt: towards a holistic synthesis. In R.F. Levant and J.M. Shlien (eds) *Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach: New Directions in Theory, Research and Practice.* Westport, CT: Praeger.

O'Reilly Byrne, N. and Colgan McCarthy, I. (1999) Feminism, politics and power in therapeutic discourse: fragments from the fifth province. In I. Parker (ed.) *Deconstructing Psychotherapy.* London: Sage.

Orlans, V. (2007) From structure to process: ethical demands of the postmodern era. *British Journal of Psychotherapy Integration,* 4(1), 54-61.

Orlans, V. with Van Scoyoc, S. (2009) *A Short Introduction to Counselling Psychology.* London: Sage.

Orlinsky, D.E., Graw, K. and Parks, B. (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn). New York: Wiley.

Panksepp, J. (1998) *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions.* New York: Oxford University Press.

Parker,I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. and Stowell-Smith, M. (1995) *Deconstructing Psychopathology.* London: Sage.

Paul, G.L. (1967) Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology,* 31(2), 109-118.

Perls, F., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951/1994) *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality.* Gouldsboro, ME: Gestalt Journal Press.

Pilgrim, D. (1997) *Psychotherapy and Society*. London: Sage.

Polster, E. (1995) *A Population of Selves.* San Francisco: Jossey-Bass.

Polster, E. and Polster, M. (1974) *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice.* New York: Vintage Books.

Post, R.M., Weiss, S.R.B. and Leverich, G.S. (1994) Recurrent affective disorder: roots in developmental neurobiology and ilness progression based on changes in gene expression. *Development and Psychopatology,* 6, 781-813.

Reddy, V. (2008) *How Infants Know Minds.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ringstrom, P.A. (2001) Cultivating the improvisational in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues,* 11, 727-754.

Rogers, C. R. (1951) *Client-centered Therapy.* Boston, MA: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1980) *A Way of Being.* Boston: Houghton Mifflin.

Rosen, S. (ed.) (1982) *My Voice Will Go With You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.

Roth, A. and Fonagy, P. (2005) *What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research* (2nd edn). New York: Guilford Press.

Rothschild, B. (2000) *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment.* New York: Norton.

Rowan, J. (2005) *The Transpersonal: Spirituality in Psychotherapy and Counselling* (2nd edn). London and New York: Routledge.

Rowan, J. and Jacobs, M. (2002) *The Therapist's Use of the Self.* Buckingham: Open University Press.

Rozenweig, S. (1936) Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. `At last,` the Dodo said, `Everybody has won and all must have prizes.` *American Journal of Orthopsychiatry,* 6, 412-415.

Rupert, F. (2008) *Trauma, Bonding and Family Constellations: Understanding and Healing Injuries of the Soul.* Frome: Green Balloon.

Rycroft, C. (1979) *A Critical Dictionary of Psychoanalysis.* London: Penguin.

Ryle, A. (1990) *Cognitive-Analytic Therapy: Active Participation in Change.* Chichester: Wiley.

Safran, J. (1993) The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration,* 3(1): 33-49.

Safran, J.D. and Muran, J.C. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide.* New York: Guilford Press.

Safran, J.D. and Muran, J.C. (2006) Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trening,* 43(3), 286-291.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. and Stevens, C. (2002) Repairing alliance ruptures. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* New York: Oxford University Press.

Sampson, E.E. (1998) Life as an embodied art: the second stage- beyond constructionism. In B. M. Bayer and J. Shotter (eds) *Reconstructing the Psychological Subject: Bodies, Practices and Technologies.* London: Sage.

Schiff, J.L., Mellor, K., Richman, D., Fishman, J., Wolz, L. and Mombe, D. (1975) *Cathexis Reader: Transactional Analysis Treatment of Psychosis.* New York: Harper & Row.

Schon, D.A. (1983) *The reflective Practitioner: How Professionals Think in Action.* London: Temple Smith.

Schore, A.N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Schore, A.N. (2003a) *Affect Dysregulation and Disorders of the Self.* New York: Norton.

Schore, A.N. (2003b) *Affect Regulation and the Repair of the Self.* New York: Norton.

Schore, A.N. (2003c) Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. In M.F. Solomon and D.J. Siegle (eds) *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain.* New York: Norton.

Schore A.N. (2005) *Repair of the Self: Psychotherapy for the 21st Century.* Conference presentation, London, September.

Schottenbauer, M.A., Glass, C.R. and Arnkoff, D.B. (2005) Outcome research on psychotherapy integration. In J.C. Norcross and M.R. Goldfired (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Oxford University Press.

Schwartz, J.M., Stoessel, P.W., Baxter, L.R., Martin, K.M. and Phelps, M.E. (1996) Systematic cerebral glucose metabolic rate changes after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry,* 53, 109-113.

Seligman, M. (1995) The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. *American Psychologist,* 50(12), 965-974.

Siegel, D.J. (1999) *The Developing Mind.* New York: Guilford Press.

Siegel, D.J. (2001) Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, `mindsight`, and neural integration. *Infant Mintal Health Journal,* 22(1-2), 67-94.

Skills for Health (2008) *Psychological Therapies National Occupational Standard Development Project: Briefing Sheet.* Downloaded 11 September 2009 from www.skillsforhealth.org.uk and reflecting an update from 18 december 2008.

Slavin, J.H. (2007) The imprisonment and liberation of love: the dangers and possibilities of love in the psychoanalytic relationship. *Psychoanalytic Inquiry,* 27(3), 197-218.

Slochower, J. (1996) Holding something old and something new. In L. Aron and A. Harris (eds) *Relational Psychoanalysis*, Vol. 2. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Smith, M.L. and Glass, C.V. (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist,* 32, 752-760.

Smith, S. (2006) The transpersonal: from `subjective knowing` to neurobiology. *British Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 16-23.

Smith Benjamin, L.S. (2003) *Interpersonal: Diagnosis and Treatment of Personality Disorders* (2nd edn). New York: Guilford Press.

Snyder, C.R., Michael, S.T. and Cheavens, J.S. (1999) Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos and expectancies. In M.A. Hubble, B.L. Duncan and S.D. Miller, *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Spence, D.P. (1982) *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis.* New York: Norton.

Spinelli, E. (2007) *Practising Existential Psychotherapy.* London: Sage.

Steele, H. and Steele, M. (eds) (2008) *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview.* New York: Guilford Press.

Stern, D. (1983) Unformulated experience – from familiar chaos to creative disorder. *Contemporary Psychoanalysis,* 19, 71-99.

Stern, D.N. (1985a) Affect attunement. In J.D. Call, E. Galenson and R.L. Tyson (eds) *Frontiers of Infant Psychiatry, Vol. 2.* New York: basic Books.

Stern, D.N. (1985b) *The Interpersonal World of Human Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology* (1st edn). New York: Basic Books.

Stern, D.N. (2003) *The Interpersonal World of the Human Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology* (2nd edn). London: Karnac (first published by Basic Books, 1998).

Stern, D.N. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life.* New York: Norton.

Stern, D.N. and the Boston Change Process Study Group (2003) On the other side of the moon: the import of implicit knowledge for Gestalt therapy. In M. Spagnuolo Lobb and N. Amendt-Lyon (eds) *Creative License: The Art of Gestalt Therapy.* New York: Springer.

Stiles, W.B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. and Connell, J. (2008) Effectiveness of cognitive-behavioral, person-centered, and psycho-dynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine,* 38, 677-688.

Stolorow, R.D. and Atwood, G.E. (1992) *Contexts of Being.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Stolorow, R.D., Atwood, G.E. and Brandchaft, B. (1994) *The Intersubjective Perspective.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Strathearn, L. (2007) Exploring the neurobiology of attachment. In L. Mayes, P. Fonagy and M. Target. *Developmental Science and Psychoanalysis.* London: Karnac.

Sunderland, M. (2000) *Using Story Telling as a Therapeutic Tool with Children.* Bicester: Speechmark.

Suzuki, D.T. (1969) *An Introduction to Zen Budhism.* London: Rider.

Szasz, T. (1961) *The Myth of Mintal Ilness: Foundation of a Theory of Personal Conduct.* New York: Dell.

Szasz, T (1963) *Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices.* New York: Macmillan.

Tallman, K.T. and Bohart, A.C. (2005) The client as a common factor: clients as self healers. In J.C. Norcross and M.R. Goldfried (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Oxford University Press.

Timerman, J. (1988) *Prisoner Without a Name: Cell Without a Number* (translated by T. Talbot). New York: Vintage.

Tolpin, M. (1997) Compensatory Structures: paths to the restoration of the self. In A. Goldberg (ed.) *Conversations in Self Psychology: Progress in Self Psychology, Vol. 13.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Tolpin, M. (2002) Doing psychoanalysis of normal development: forward edge transferences. In A. Goldberg (ed.) *Postmodern Self Psychology: Progress in Self Psychology, Vol. 18.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Trevarthen, C. (1989) Development of early social interactions and the affective regulation of brain growth. In C. von Euier, H. Forssberg and H. Lagercrantz (eds) *Neurobiology of Early Infant Behaviour.* London: Macmillan.

Trevarthen, C. (1993) The self born in intersubjectivity: the psychology of an infant communicating. In U. Neisser (ed.) *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self Knowledge.* New York: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (2001) Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal,* 22(1-2), 95-131.

Tronik, E.Z. and Weinberg, M.K. (1997) Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray and P.J. Cooper (eds) *Postpartum Depression and Child Development.* New York" Guilford Press.

Trub, H. (1964) From the self to the world (translated by W. Hallo) In M.S. Friedman (ed.) *The Worlds of Existentialism: A Critical Reader*. Chicago: University of Chicago Press (original work published 1947).

Tryon, G.S. and Winograd, G. (2002) Goal consensus and collaboration. In J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients.* Oxford: Oxford University Press.

Van der Hart, O., Nijenhuis, R.S. and Steele, K. (2006) *The Haunted Self.* New York: Norton.

van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. and Weisaeth, L. (eds) (1996) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society.* New York: Guilford Press.

Vargiu, J.G. (1974) Subpersonalities. *Psychosynthesis Workbook,* 1(1), 9-46.

Wachtel, P.L. (1977) *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration*. New York: Basic Books.

Wahl, B. (1999) Practising western therapies from a transpersonal perspective (and feeling okay about it). *Transpersonal Psychology Review.* 3(1), 14-20.

Wampold, B.E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. and Hyun-nie Ahn (1997) A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies. Empirically, all must have prizes. *Psychological Bulletin,* 123, 203-216.

Ware, P. (1983) Personality adaptations. *Transactional Analysis Journal,* 13(1), 11-19.

Watkins, C.E. (1990) The effects of counsellor self-disclosure: a research review. *Counselling Psychologist*, 18(3), 477-500.

Watts, A. (1979) *The Wisdom of Insecurity: A Message for an Age of Anxiey.* London: Rider.

Wheeler, G. (1991) *Gestalt Reconsidered: A New Approach to Contact and Resistance*. New York: Gardener Press.

Wheeler, M.A., Stuss, D.T. and Tulving, E. (1997) Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.

Whitmore, D. (2000) *Psychosynthesis Counselling in Action* (2nd edn). London: sage.

Wilber, K. (1996) *The Atman Project: A Transpersonal View of Human Development* (2nd edn). Wheaton, IL: Theosophical Publishing House.

Wilber, K. (2006) *Integral Spirituality*. Boston and London: Integral Books.

Wilkins, W. (1979) Expectancies in therapy research: discriminating among heterogenous nonspecifics. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 47, 837-845.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. and Kabat-Zinn, J. (2007) *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself From Chronic Unhappiness*. New York: Guilford Press.

Willock, B. (2007) *Comparative-Integrative Psychoanalysis: A Relational Perspective for the Discipline's Second Century.* New York: Analytic Press.

Wilson, J.P. and Raphael, B. (eds) (1993) *The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes.* New York: Plenum Press.

Wilson, M. (1993) DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry,* 150, 399-410.

Winnicott, C., Sheperd, R. and davis, M. (eds) (1989) *Psychoanalytic Explorations*. London: Karnac.

Winnicott, D.W. (1956/2002) Clinical varieties of transference. In M. Khan (ed.) *D.W. Winnicott: Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis.* London: Karnac.

Winnicott, D.W. (1963) Dependence in infant care, in child care, and in the psycho-analytic setting. *International Journal of Psycho-Analysis,* 44, 339-344.

Winnicott, D.W. (1964) *The Child, The Family, and the Outside World.* Harmondsworth: Penguin.

Winnicott, D.W. (1965/1990) *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Karnac (first published by Hogarth Press, 1965).

Winnicott, D.W. (1965/2006) *The family and Individual Development*. London: Routledge (first published by Tavistock Publications, 1965).

Winnicott, D.W. (1988) *Human Nature.* London: Free Association Books.

Winnicott, D.W. (1989a) Ideas and definitions 1950s. In C. Winnicott, R. Sheperd and M. Davis (eds) *Psychoanalytic Explorations.* London: Karnac.

Winnicott, D.W. (1989b) The use of an object and relating through identifications. In C. Winnicott, R. Sheperd and M. Davis (eds) *Psychoanalytic Explorations.* London: Karnac.

Wolf, E. (1988) *Treating the Self*. New York: Guilford Press.

Wolfe, B.E. (*2001*) A message to assimilative integrationists: it's time to become accommodative integrationists: a commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 123-133.

Wright, K. (1991) *Vision and Separation: Between Mother and Baby.* London: Free Association Press.

Yalom, I.D. (1980) *Existential Psychotherapy.* New York: Basic Books.

Yalom, I.D. (2001) *The Gift of Therapy: Reflections on Being a Therapist*. London: Piatkus.

Yelland, I. and Midence, K. (2007) The role of transference and counter-transference in the therapeutic relationship within CBT. *Clinical Psychology Forum,* November, 7-10.

Yontef, G.M. (1993) *Dialogue, Awareness and Process: Essays on Gestalt Therapy.* Gouldsboro, ME: Gestalt Journal Press.

Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

Zetzel, E.R. (1956) Current concepts of transference. *International Journal of Psychotherapy*, 37, 369-376.

Zinker, J. (1978) *Creative Process in Gestalt Therapy.* New York: Vintage Books.

145